

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Mediante la litotripsia se pretende fragmentar los cálculos urinarios mediante ondas de choque (energía generada en el litotriptor). Los fragmentos de cálculo resultantes de las ondas de choque, son eliminados en forma espontánea por la orina.

Características

Esta técnica constituye actualmente el método ideal - no invasivo - para la eliminación de los cálculos urinarios, debido a su facilidad de aplicación, obviar la indicación de cirugía y menor posibilidad de complicaciones y ser en general, un procedimiento de hospitalización abreviada mínima.

Su inconveniente, es que no se puede garantizar al paciente un 100% de éxito en cuanto a la eliminación de cálculos, haciendo en algunos casos necesaria la repetición del procedimiento, o en definitiva, la intervención quirúrgica.

El procedimiento hace aconsejable la anestesia general para control del dolor que pueda provocar el procedimiento así como para mantener la posición del paciente.

Riesgos

Como toda intervención la litotripsia puede ser causa de algunas complicaciones derivadas del procedimiento mismo o de la anestesia utilizada. El riesgo de complicaciones puede aumentar si concomitantemente usted sufre de alguna enfermedad como diabetes, hipertensión arterial, neuropatías o cardiopatías crónicas, etc.

Algunas complicaciones posibles propias del procedimiento son:

- Hematuria (sangrado por la orina)
- Dolor o enrojecimiento en la zona de aplicación de las ondas de choque
- Cólico nefrítico como consecuencia de la obstrucción de la vía urinaria por fragmentos de cálculos
- Obstrucción ureteral por fragmentos
- Infección urinaria
- Alteraciones secundarias de la función renal

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **LITOTRIPSIA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal