

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LITOTRICIA EXTRACORPÓREA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, el o los cálculos situados en su riñón o su uréter justifican un tratamiento, porque son fuente de problemas tales como dolores, hemorragia e infección.
- La falta de tratamiento le expone a la persistencia o recurrencia de esos problemas. Algunos cálculos pueden deteriorar el riñón e incluso provocar su destrucción.
- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende destruir un cálculo renal o ureteral para reducirlo a fragmentos, los que serán eliminados por las vías urinarias naturales.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- La litotricia extracorpórea consiste en el envío de ondas de choque sobre un cálculo, desde el exterior del cuerpo, para fragmentarlo si no es demasiado duro.
- Un generador produce estas ondas de choque las que son focalizadas hacia el cálculo mediante un sistema de localización radiográfico y/o ecográfico.
- Los fragmentos del cálculo se recuperarán más adelante en su orina, con el propósito de analizarlos.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Existen otros medios endoscópicos o quirúrgicos para tratar el cálculo.
- Las indicaciones para cada técnica dependen del tamaño, la situación y la dureza del cálculo.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, que pueden ser riesgos poco graves y frecuentes, como: 1. fiebre, que puede manifestar una infección. 2. puede ser necesario colocar un drenaje de las cavidades del riñón, ya sea por las vías naturales (sonda dentro del uréter, llamada “doble J” o “pigtail”) sea a través de la piel, bajo ecografía (nefrostomía). Estas sondas son transitorias y se retiran más adelante, cuando hayan sido evacuados los fragmentos obstructivos.
- Riesgos poco frecuentes y graves: 1. en forma excepcional puede presentarse un hematoma importante, adentro o alrededor del riñón, esto puede requerir una punción, o una operación por vía abierta y a veces una transfusión.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)
 RUT
 Firma

Sr(a)
 RUT
 Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal
 RUT
 Firma
 Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal
 RUT
 Firma
 Fecha