

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención consiste en la colocación de un catéter en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel.

Se usa anestesia local en la zona de punción y del trayecto del catéter.

El catéter permanece en su lugar más o menos tiempo según el motivo por el que se coloca. Cuando la intención es de diagnóstico son unos pocos días, pero cuando es de tratamiento se deja varias semanas hasta mejorar la función del riñón. En algún caso se deja de forma definitiva para mantener la función renal.

Esta técnica se usa para varios fines:

- Drenar la orina de un riñón que tiene dificultades para hacerlo por su vía natural (uréter) por obstrucción, cálculos o infección.
- Realizar estudios para diagnosticar la causa de la obstrucción o para valorar la función renal y su recuperación después de corregir la enfermedad.
- Aplicar tratamientos a través del catéter.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a otras punciones y drenajes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Sangrado por la orina.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesiones de vísceras del abdomen, en especial de intestino delgado o grueso.
- Sepsis e infección generalizada.

Otros riesgos son:

- Infección en el punto de punción.
- La imposibilidad de llevar a cabo la punción.
- Reacción alérgica al anestésico local.
- Mareos, sudoración y palpitaciones.
- Rotura de instrumentos o de catéteres, quedando restos en el interior de la vía y precisen de otras maniobras o intervenciones para su extracción.
- Neumotórax, entrada de aire al tórax fuera del pulmón, por punción accidental (muy excepcional).

- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Nefrostomía por cirugía abierta.

AUTORIZACIÓN PARA "NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: