

# Documento de consentimiento informado recambio de nefrostomía percutánea

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

N. Historia Clínica \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le informa \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

El recambio de nefrostomía percutánea es un procedimiento que tiene por objeto sustituir el tubo (catéter) de drenaje de la vía urinaria del que usted es portador/a por uno nuevo para que siga funcionando adecuadamente el drenaje de la orina. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

## EN QUÉ CONSISTE EL RECAMBIO DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

Una vez anestesiada la piel, por el tubo (catéter) de nefrostomía que usted tiene colocado, se inyectará un líquido (medio de contraste) que permite ver los conductos de la vía urinaria en las radiografías. A continuación se extraerá ese tubo colocándose uno nuevo para seguir drenando adecuadamente la orina. Esta intervención tendrá una duración, aproximadamente, de 30 minutos. Se podrá utilizar sedación para evitarle molestias durante la misma. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

## RIESGOS DEL RECAMBIO DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

### Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

### Por la técnica que vamos a realizar:

- Hemorragia en la vía urinaria o alrededor del riñón. Normalmente, cede en las primeras 24-48 horas sin necesidad de tratamiento, pero en algún caso podría requerir intervención urgente.
- Infección de los conductos de la vía urinaria o generalizada (sepsis), que habitualmente cede con tratamiento médico.
- Salida de orina a la cavidad abdominal, que normalmente es transitoria.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, las alternativas son la intervención quirúrgica o realizar un drenaje por vía endoscópica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el RECAMBIO DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha \_\_\_\_\_, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma: