

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La nefrostomía percutánea es una intervención que consiste en la colocación de un catéter de fino calibre en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar.

#### Tiene dos finalidades:

1. Evacuar la orina de un riñón que tiene dificultades para hacerlo por su vía natural (uréter) por obstrucción, cálculos, infección, etc.
2. Introducir contraste para estudiar su morfología o tomar presiones dentro del órgano para valorar su funcionalismo y recuperación después de corregir la enfermedad.

Se realiza con anestesia local en la zona de punción y del trayecto del catéter hasta entrar en el riñón.

El tiempo de permanencia de este catéter es variable dependiendo del motivo por el cual fue colocado.

Con fines diagnósticos suele estar alojado pocos días.

Con fines terapéuticos puede dejarse 1 a 2 semanas para mejorar o recuperar la función del riñón.

En algunos casos esta nefrostomía es la forma definitiva de mantener la función del riñón. En estos pacientes habitualmente se coloca una sonda más gruesa.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Nefrostomía abierta.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Derivación de la orina del riñón obstruido.
2. Realización de estudios para diagnosticar la causa de la obstrucción.
3. En caso necesario, aplicar tratamientos a través de la misma.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

### RIESGOS FRECUENTES

1. Imposibilidad de llevar a cabo la punción.
2. Reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico de graves consecuencias (incluido la muerte)
3. Reacciones vagales: lipotimias, paradas cardiorrespiratorias.
4. Sepsis.
5. Perforación de asa intestinal, vía biliar u otros órganos con el consiguiente riesgo de peritonitis y hemorragia.

**C. INFORMADO DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA**

6. Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.

7. Rotura de instrumentos o de catéteres, quedando restos en el interior de la vía y que precisan de otras maniobras o intervenciones para su extracción.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>