

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

**1. ¿Qué es?:** 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.

**2. ¿Cómo se realiza?:** se realiza habitualmente en régimen ambulatorio (sin ingreso), introduciendo anestesia local en la zona de punción y del trayecto del catéter hasta entrar en el riñón, que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. El tiempo que permanezca este catéter varía en función del motivo por el cual fue colocado. En algunos casos la nefrostomía puede ser definitiva para mantener la función del riñón.

Está indicado para evacuar la orina de un riñón que tiene dificultades para hacerlo por vía natural (uréter) por obstrucción, cálculos, infección etc. También para introducir algún tratamiento y/o contraste para estudiar su morfología y/o tomar presiones dentro del órgano para valorar su funcionalidad y recuperación tras corregir la enfermedad.

Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección y contraste yodado.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** a pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:

- **Frecuentes (más del 10%):** sangrado leve por el catéter las primeras horas tras su colocación.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** dolor, perforación de vía urinaria, infección urinaria que puede provocar un cuadro febril con riesgo de sepsis, imposibilidad de la colocación, reacciones alérgicas de diferente gravedad (al contraste, anestésico...) incluido shock anafiláctico con riesgo vital, reacciones vagales (incluyendo parada cardiorrespiratoria), perforación intestinal o biliar (incluyendo peritonitis), hemorragia incoercible inmediata o tardía (incluyendo riesgo vital) y los efectos secundarios de su tratamiento, rotura del instrumental quedando intracorpóreo precisando otras intervenciones.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** desobstrucción de la vía urinaria.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** persistencia de la sintomatología, pérdida del riñón afecto y otras imprevisibles incluyendo el riesgo vital.

**6. Alternativas:** cirugía reconstructiva si fuera posible o colocación de catéter doble J si fuera posible.

**7. Riesgos en función de su situación:** la toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán...) o antiagregantes (como Aspirina, Adiro ...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. También enfermedades como la diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada... pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico en general es mayor.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

# UROLOGÍA

## Nefrostomía percutánea

### DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

#### DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

#### DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

#### DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_