

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento por medio del cual, utilizando una guía teflonada colocada a través del catéter de nefrostomía que lleva el paciente, se recambia dicho catéter (ubicándolo en el riñón con un extremo exteriorizado a piel).
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y bajo anestesia local que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. Está indicado para el recambio de un catéter por otro nuevo, para evitar su deterioro, disfuncionalidad y calcificación.

Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico por vía oral o parenteral para profilaxis de una posible infección y contraste yodado. Antes de su recambio, se introducirá contraste yodado por el catéter para comprobar su posición exacta.

Una vez preparado, se introduce **una guía de teflón** por la nefrostomía colocada. Se extrae el catéter que lleva y se inserta uno nuevo, comprobando su correcta ubicación mediante la inyección de nuevo de contraste yodado por el nuevo catéter.

Si usted ha sido diagnosticado de una obstrucción crónica de la vía urinaria alta, esta recambio puede ser que tenga que realizarse de manera repetida (cada 3 meses o antes en caso de calcificación o movilización). Con este documento usted consiente y autoriza la realización de estos procedimientos necesarios para su seguimiento sin necesidad de firmar más consentimientos específicos para cada uno de los recambios de nefrostomía que sean necesarios durante su seguimiento.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** Sangrado leve por el catéter las primeras horas tras su recambio.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** Dolor, perforación de vía urinaria (pelvis renal o uréter en casos con inflamación o vía urinaria poco distensible), infección urinaria que puede provocar un cuadro febril con riesgo de sepsis o imposibilidad de recambio.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Desobstrucción de la vía urinaria. Durante la exploración es posible sentir un cierto grado de molestia o escozor derivado de la extracción e introducción del catéter pero, en general, es muy bien tolerada. Es recomendable beber abundantes líquidos (si usted NO tiene ninguna contraindicación para hacerlo).
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Pérdida de la función renal del lado afecto.
6. **Alternativas:** Cirugía reconstructiva si fuera posible o colocación de catéter doble J si fuera posible.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria puede aumentar el riesgo de efectos indeseados.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## UROLOGÍA

# Recambio de catéter de 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	NÚM. 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:

Paciente / su representante:

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

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

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

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

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

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

Profesional Sanitario/a:

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