

NEFROSTOMIA PERCUTANEA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

La nefrostomía percutánea 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.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, aunque suele realizarse con anestesia local en la zona de punción y del trayecto del catéter hasta entrar en el riñón. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA NEFROSTOMIA PERCUTANEA

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. 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 1-2 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.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA NEFROSTOMIA PERCUTANEA

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...), y los específicos del procedimiento:

- Imposibilidad de llevar a cabo la punción.
- Reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico de graves consecuencias (incluida la muerte).
- Reacciones vagales: lipotimias, paradas cardiorespiratorias.
- Sepsis.
- Perforación de asa intestinal, vía biliar u otros órganos con el consiguiente riesgo de peritonitis y hemorragia.
- Hemorragia inocercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- 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.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

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

Otra alternativa es la nefrostomía por cirugía abierta, pero en su caso la mejor opción es la nefrostomía percutánea.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, Sr./a. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **NEFROSTOMIA PERCUTANEA.**

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

PACIENTE

MEDICO

Dr.:

CÉD. NO. :
M.N./M.P.:

CÉD. NO. :

REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.
NO. :

Denegación o Revocación

Yo, Sr./a. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

PACIENTE

MEDICO

Dr.:

CÉD. NO. :
M.N./M.P.:

CÉD. NO. :

REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.
NO. :