

# Consentimiento informado

## Nefrostomía percutánea

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

Esta técnica consiste en la introducción de un pequeño tubo (catéter) a través de la piel, en la región lateral de la espalda, con el fin de extraer la orina acumulada en el riñón.

Esta acumulación de orina se produce por una obstrucción de los conductos que normalmente la conducen desde el riñón hasta la vejiga y uretra.

Esta acumulación de orina (hidronefrosis) provoca con el tiempo daño irreversible de la función del riñón. Si la orina está además infectada, existe un gran riesgo de diseminación de las bacterias a la sangre con compromiso de todo el organismo (sepsis). Estas son las principales razones por las que este procedimiento debe realizarse.

La nefrostomía percutánea se realiza en una sala de radiología o tomografía computada, ocasionalmente en ecotomografía, y la lleva a cabo un equipo médico específicamente preparado tanto en lo que concierne a la técnica como a la manipulación de los rayos x.

La totalidad del procedimiento se puede realizar habitualmente sólo con anestesia local y analgesia sistémica y/o sedación (tranquilizantes), requiriendo en muy raras ocasiones anestesia general. Suele durar unas dos horas.

En algún momento del procedimiento es posible que note ciertas molestias que intentaremos que sean mínimas, por lo que le administraremos analgésicos.

Como en toda actuación médica, existen riesgos que usted ha de conocer antes de dar su autorización para que le sea practicado el procedimiento.

Los principales riesgos son la hemorragia y la infección. El equipo médico que le atenderá y nuestra clínica disponen de los medios adecuados para tratar estas posibles complicaciones.

Su médico y nosotros le proponemos este tratamiento porque consideramos que el riesgo de dejar la orina retenida en el riñón es muy superior al que comporta esta técnica.

El tubo de drenaje queda conectado a una bolsa externa donde drenará la orina, y habrá de permanecer colocado mientras dure la obstrucción urinaria. Por este motivo será necesario que usted aprenda a vigilar su estado. La Unidad de Radiología Intervencionista le facilitará las instrucciones para mantenerlo siempre en buenas condiciones.

Según el tipo de obstrucción de que se trate, el drenaje podrá ser sustituido al cabo del tiempo por un tubo de drenaje interno, que no queda conectado ni visible por fuera (pig tail anterógrado) que colocaremos a través del mismo orificio del catéter de drenaje. En este caso el médico le informará de esta nueva técnica.

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

### Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

### Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: