

1. 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 varias 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.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

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

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Nefrostomía por cirugía abierta.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya mencionadas en los apartados uno y dos de este documento.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

6. Riesgos

De dicha intervención es posible pero no frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- 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 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.
- 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.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

