

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEFROSTOMIA PERCUTANEA

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I.º .....  
.....

### DECLARO

Que el Dr./Dra ..... , interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una NEFROSTOMIA PERCUTANEA, por padecer .....  
.....

I.- Consiste en la *punción percutanea del riñón para drenar la orina del riñón*. Esto se realiza mediante un instrumento que puncionando la zona lumbar llega a las vías urinarias superiores, dejando alojado un cateter para drenar la orina o que sirva de guía para administrar fármacos o posteriores manipulaciones endourológicas.

La indicación fundamental es el tratamiento de la *obstrucción de las vías urinarias superiores a cualquier nivel, para realizar alguna maniobra endourológica como dilatación del ureter o administración de fármacos como tratamientos complementarios, etc* Esta intervención se realiza habitualmente bajo anestesia regional o raquídea tras lo cual puede necesitar pasar en Reanimación, habitualmente, un periodo corto de tiempo.

Terminada la operación se deja un cateter de nefrostomía que se retirará a conveniencia según las circunstancias de su colocación.

### II.- DE DICHA INTERVENCION SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A.- Cese de la hematuria (sangrado por la orina).
- B.- Eliminación de la masa tumoral.

### III.- DE DICHA INTERVENCIÓN ES POSIBLE PERO NO FRECUENTE ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A.- No conseguir la punción del riñón y necesitar una nueva nefrostomía o cirugía abierta.
- B.- No poder drenar todo el liquido renal o acceder al ureter si se precisase.
- C.- Desarrollo de una extravasación de liquido al espacio perirrenal que puede requerir drenaje percutáneo o cirugía abierta. Cabe la posibilidad de sobreinfección con absceso o sepsis que requieran, a su vez drenaje o intervención y, aunque no es frecuente, puede ocasionar la muerte del paciente.
- D.- Perforación de pleura, o peritoneo y, de forma, infrecuente en víscera hueca durante el acto quirúrgico: recto o intestino. De suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente de otra intervención distinta que consistiría en una punción pleural o laparotomía (apertura del abdomen) *de consecuencias imprevisibles*, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte.
- E.- Hemorragia de distinta intensidad que puede, aunque es poco frecuente, llegar a ser 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.



### III. ALTERNATIVAS

Radiología, cateterismo ureteral o cirugía abierta.

### V. ANESTESIA

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los anteriores extremos, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de

### **NEFROSTOMIA PERCUTANEA**

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

Fdo: ..... Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)



### REVOCACIÓN

D/D<sup>a</sup> ..... como paciente ( o representante del paciente D/D<sup>a</sup> .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. <sup>o</sup> .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ....., que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

### DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/D<sup>a</sup> ..... como paciente ( o representante del paciente D/D<sup>a</sup> .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. <sup>o</sup> .....

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)