

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE  
NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Nefrostomía Percutánea**, 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. Este acúmulo de orina se produce por una obstrucción de los conductos que normalmente la conducen desde el riñón hasta la vejiga y uretra.

El acumulo de orina (hidronefrosis) provoca con el tiempo un daño irreversible en 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.

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. El Radiólogo 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.

La Nefrostomía percutánea se realiza en una sala de radiología vascular intervencionista, controlado por rayos X y 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 sedación (tranquilizantes), requiriendo en ocasiones anestesia general. El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Hematoma en el sitio de punción femoral
- Infección
- Embolización de territorios no deseados (por ejemplo, el recto o la vejiga)
- Trombosis
- Embolia arterial hacia extremidades inferiores
- Disección arterial

Estas complicaciones ocurren en menos del 5% de los casos.

Existen alternativas médicas de tratamiento a esta cirugía que le han sido explicadas en su caso es recomendable la Nefrostomía Percutánea dado que corresponde a un método menos invasivo y con menos riesgos y costos, manteniendo una alta efectividad.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Nefrostomía Percutánea**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA, por el Dr. (a)**

**DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza Procedimiento)