

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## NEFRECTOMIA PERCUTANEA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	Es una intervención que consiste en la colocación de un catéter de fino calibre en el riñón a través de un orificio en la piel de la zona lumbar. El tiempo de permanencia es variable. Con fines diagnósticos suele estar colocado pocos días. Con fines terapéuticos puede dejarse 1 a 2 semanas para mejorar o recuperar la función del riñón afectado. En algunos casos, esta nefrostomía es la forma definitiva de mantener la función del riñón. En este caso habitualmente se coloca una sonda mas gruesa.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	La nefrostomía percutánea tiene 2 finalidades: a) Evacuar la orina de un riñón que tiene dificultades para hacerlo por su vía natural por obstrucción, calculos, infección, tec; b) Introducir contraste para estudiar la morfología o tomar presiones dentro del órgano para valorar su funcionabilidad y recuperación después de corregir la enfermedad.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	Otra alternativa es la nefrostomía por cirugía abierta, pero en su caso la mejor opción es la nefrostomía percutánea.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	Permanecerá con el catéter el tiempo estimado, según sea diagnóstico o terapéutico.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	Falla completa de la función renal.
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none"><li>- Imposibilidad de llevar a cabo la punción</li><li>- Reacciones alérgicas al anestésico local</li><li>- Reacciones vagales: lipotimias, paradas cardiorrespiratorias</li><li>- Sepsis</li><li>- Perforación de asas intestinales, vía biliar u otros órganos con el riesgo de peritonitis y hemorragias</li><li>- Hemorragia incohercible durante el procedimiento o en el post procedimiento</li><li>- Rotura de instrumentos o de catéteres, necesitando cirugía para su extracción si quedan restos en el interior de la vía</li></ul>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## NEFRECTOMIA PERCUTANEA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **NEFRECTOMIA PERCUTANEA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **NEFRECTOMIA PERCUTANEA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO