





Una vez anestesiada la piel, se le introducirá a través de la espalda, una aguja muy fina por la que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver la vía urinaria en las radiografías. A continuación se colocará un catéter (nefrostomía), por el que se deriva la orina a una bolsa.

La intervención dura aproximadamente 40 minutos, y en ocasiones requiere sedación.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

En la actualidad, las alternativas son el drenaje mediante intervención quirúrgica o realizar un drenaje por vía endoscópica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

#### **Por la técnica que estamos realizando:**

##### Los más frecuentes

- Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo.
- Salida accidental del catéter, que obligaría a volver a colocárselo.
- Hemorragia en los conductos urinarios (hematuria). Normalmente cede sola en las primeras horas, pero en casos excepcionales puede requerir una operación urgente.
- Salida de orina alrededor del riñón, produciéndole dolor. Normalmente es pasajera, aunque excepcionalmente puede infectarse si el catéter se ha salido del riñón, siendo necesario operarle.

##### Los más graves

- Se puede pinchar un órgano de la cavidad abdominal, que generalmente no requiere ningún tipo de tratamiento.
- Se puede pinchar un vaso sanguíneo (arteria o vena), que si sangra mucho, y de manera excepcional, podrá requerir tratamiento.
- Infección de la vía urinaria o generalizada (sepsis). Para evitar esta complicación se le administran los antibióticos necesarios.
- Punción accidental de la capa que rodea al pulmón (pleura). Esta complicación se denomina neumotórax y es muy rara

#### **Por el medio de contraste (contraste yodado):**

- Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

#### **Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento**

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

**RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

**OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

**DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de nefrostomía y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

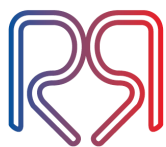
Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña. .... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma.....



**servei**

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE RADIOLOGÍA  
VASCULAR  
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D. /D<sup>a</sup>. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años  
de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en  
calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y  
dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento  
otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y  
( ) deseo / ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr /a: \_\_\_\_\_