

Consentimiento Informado *Abordaje percutáneo de la vía excretora y drenaje de colecciones*

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

El abordaje percutáneo consiste en la colocación de un catéter para derivar la orina obstruida de un riñón (Nefrostomía percutánea), de la vejiga (cistostomía suprapúbica), o de otras zonas (urinomas, abscesos...).

También sirve para diagnosticar la causa de la obstrucción y, en caso necesario, aplicar tratamientos a través del catéter, como por ejemplo en los quistes y linfocelos.

CÓMO SE REALIZA

Se realiza con anestesia local en la zona de punción y en el trayecto del catéter hasta la zona de punción. Se coloca un catéter de calibre fino a través de un pequeño orificio en la piel de la zona a puncionar con fines terapéuticos o diagnósticos. Habitualmente se hace bajo control ecográfico, aunque también puede realizarse con rayos X.

El tiempo de permanencia del catéter varía según el motivo por el que se colocó. Con fines diagnósticos suele estar alojado pocos días. Con fines terapéuticos puede ser necesario llevarlo de forma permanente.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

De forma inmediata puede presentar dolor leve en la zona de la punción. El catéter suele ir conectado a una bolsa colectora.

Habitualmente tras colocar el catéter el paciente puede estar en régimen ambulatorio. Se debe evitar da tirones accidentales del catéter que darían lugar a su arrancamiento, con las molestias y complicaciones correspondientes.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El objetivo del abordaje percutáneo es derivar la orina o eliminar una colección (acúmulo de orina, pus, sangre u otro material que es preciso evacuar) con la intención de que desaparezcan las posibles molestias que le puedan ocasionar.

OTRAS ALTERNATIVAS

Las alternativas son abordaje por vía natural (a través de conductos naturales: uretra y uréter), por abordaje laparoscópico o por cirugía abierta, pero en su caso la mejor opción es el abordaje percutáneo.

En su caso: _____.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- *Sangrado leve a través del catéter o en la zona de la punción.*
- *Persistencia parcial de la colección, es decir, del acúmulo de orina, pus, sangres u otro material.*
- *Fístulas temporales en la zona puncionada.*

➤ **LOS MÁS GRAVES:** *Suelen ser los menos frecuentes.*

- *Imposibilidad de llevar a cabo la punción y/o persistencia total de la colección.*
- *Reacciones vagas (mareos, sudoración, palpitaciones, etc....) de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida de conocimiento.*
- *Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas. Dependerá de su intensidad, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad de riesgo para su vida. Se puede precisar la utilización de sangre y hemoderivados.*
- *Rotura de instrumentos o de catéteres. Pueden quedar restos en el interior del cuerpo y que sean necesarias otras maniobras o intervenciones para su extracción.*
- *Perforación de asa intestinal u otros órganos con el consiguiente riesgo grave de peritonitis y hemorragia.*
- *Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida.*
- *Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestésias) o disminución (hipoestésias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).*

Consentimiento

Informado *Abordaje percutáneo de la vía excretora y drenaje de colecciones*

- *Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.*

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo para su vida.

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** _____.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

Consentimiento Informado *Abordaje percutáneo de la vía excretora y drenaje de colecciones*

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **ABORDAJE PERCUTÁNEO DE LA VÍA EXCRETORA Y DRENAJE DE COLECCIONES**.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas