

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE 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>	Mediante este procedimiento se extirpa total o parcialmente el riñón enfermo a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo esto bajo anestesia general. Se provoca la insuflación abdominal mediante la introducción de Co2 en el peritoneo. En la llamada "cirugía laparoscópica ayudada por la mano" uno de los orificios de entrada se amplía hasta un diámetro suficiente para que pase la mano del cirujano para facilitar la disección y la extirpación del riñón enfermo.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	Se pretende la extirpación total o parcial del riñón enfermo, denominandose simple si se extirpa solo el riñón, radical si se extirpa también la grasa que lo rodea, o parcial cuando se conserva la parte sana del riñón.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	Cirugía a cielo abierto. Pero en su caso es posible ofrecerle esta posibilidad que representa un menor tiempo postoperatorio y menor dolor.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	Extirpar el riñón enfermo, ya sea total o parcialmente, según el caso. Este procedimiento persigue un meor tiempo de recuperación postoperatoria y menor cicatriz.
<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>- No poder realizar la extirpación y tener que realizar una cirugía convencional</li><li>- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente</li><li>- Infección urinaria por sondaje vesical</li><li>- Lesión de vicera adyacente: con peritonitis consecuente, shock séptico y probable muerte</li><li>- Complicaciones secundarias a apertura de tórax: neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, infección masiva de la cavidad torácica, insuficiencia respiratoria.</li><li>- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección, apertura de la misma, fístula, defecto estético, herniación de un asa intestinal por algún orificio.</li><li>- Enfisema subcutáneo y pasaje de Co2 al tejido celular subcutáneo.</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 LAPAROSCOPICA

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 LAPAROSCOPICA**

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 LAPAROSCOPICA**

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