

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NEFRECTOMIA RADICAL



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.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Mediante este procedimiento se procede a la extirpación radical del riñón para tratar un tumor maligno y, habitualmente con intención curativa o paliativa. En ocasiones se asocia a una linfadenectomía regional o radical. Habitualmente las incisiones mas comunes son la abdominal y la toracoabdominal en función del tamaño, localización y lesiones. En ocasiones la vena cava está afectada, en cuyo caso será necesario actuar sobre ella y sobre la vena renal para extirpar el trombo. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento mas adecuado.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Se pretende la eliminación del riñón enfermo y la desaparición de los síntomas que provoca.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Esta intervención es una cirugía importante y su dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas y drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Progresión de enfermedad de base. Tratamiento paliativo consecuente al avance de la enfermedad.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.
- No conseguir la extirpación del riñón con persistencia de la sintomatología previa / - Desarrollo de infección urinaria / - Hemorragia incoercible / - Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma) / - Parálisis diafragmática / - Pleotórax o infección masiva de la cavidad torácica / - Insuficiencia respiratoria
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura-apertura, fístulas permanentes o temporales, intolerancia a hilos de sutura, neuralgias / - Lesión vascular importante / - Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares / - Hemorragias digestivas / - Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (Obstrucción intestinal, peritonitis)

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

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 RADICAL

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 RADICAL**

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 RADICAL**

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