 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEFRECTOMIA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

Mediante este procedimiento se pretende la extirpación total o parcial del riñón enfermo. Se denomina nefrectomía simple a aquella en la que sólo se extirpa el riñón. Se denomina nefrectomía radical a la extirpación del riñón con la grasa que le rodea, incluyéndose en algunos casos según la causa de la operación, la extirpación de la glándula suprarrenal. Se denomina nefrectomía parcial a una resección que sólo compromete la parte enferma del riñón. La nefrectomía puede efectuarse según el caso y diagnóstico, por vía de una incisión quirúrgica abdominal o toracoabdominal o por vía laparoscópica u cirujano urólogo conversará y explicará a usted estas alternativas en su caso específico.

La nefrectomía radical está indicada como parte esencial del tratamiento de los tumores malignos del riñón, habitualmente con intención de lograr una curación total y definitiva. En algunos casos con objetivo paliativo como parte del tratamiento del tumor. La nefrectomía radical puede hacer necesaria una linfadenectomía regional o radical. Si durante su intervención se encontrara compromiso trombótico tumoral de la vena cava, será necesario actuar sobre ese hallazgo lo que hace más compleja y riesgosa la operación. El post operatorio de una nefrectomía radical en general es relativamente prolongado y durante ese tiempo se irán retirando las sondas y drenajes que se dejaron en su operación.

Nefrectomía laparoscópica: Cuando está indicada, permite extirpar total o parcialmente el riñón a través de pequeños orificios a través de los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general y previa insuflación dentro de la cavidad abdominal de CO2 en el peritoneo o en la cavidad retroperitoneal. En la llamada nefrectomía laparoscópica ayudada por mano, uno de los orificios de entrada de los trocares se amplía hasta un diámetro suficiente para permitir que el cirujano pueda introducir su mano dentro de la cavidad abdominal para facilitar la disección y posterior extracción del riñón.

Todo procedimiento quirúrgico tiene el riesgo de complicaciones, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización. En el caso de la nefrectomía, el riesgo puede aumentar en pacientes de edad avanzada, diabéticos, hipertensos o que sufran de afecciones cardíacas o pulmonares crónicas. Además es necesario tener presente que la anestesia general implica los riesgos propios de dicho procedimiento.

Algunas complicaciones propias de esta intervención son:

* Hemorragia intra o post operatoria que haga necesario el uso de transfusiones y /o de reexploración quirúrgica
* Complicaciones pulmonares post operatorias como atelectasias o neuropatías Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica como infección o dehiscencia
* Riesgo de tromboembolismo pulmonar
* Lesión de estructuras vasculares
* Hemorragia digestiva
* Infección urinaria por el sondaje vesical

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_