

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nefrectomía Radical

FL-CDM-117

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del riñón enfermo y la desaparición de los síntomas que provoca.

EN QUE CONSISTE LA NEFRECTOMIA RADICAL

Se procede a la extirpación radical del riñón para tratar un tumor maligno y, habitualmente con intención curativa o paliativa. Puede, en ocasiones, asociarse a una linfadenectomía regional o radical. De forma excepcional la nefrectomía puede realizarse tras inmunoterapia. Habitualmente las incisiones más comunes son la abdominal y la toracoabdominal en función de 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. Esta intervención es una cirugía importante y su dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. El post operatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA NEFRECTOMIA RADICAL

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del riñón con persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Desarrollo de una infección urinaria.
- Hemorragia.
- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma).
- Parálisis diafragmática.
- Pleuritis o infección masiva de la cavidad torácica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura, apertura, fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgia, hiperesetesia o hipoestesia, lesiones de otras vísceras (intestino, vasos, hígado..).
- Lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y venas suprarrenales, etc).
- Tromboembolismos venosos, profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis o infección de la cavidad intestinal).

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-117

Nefrectomía Radical

Rev. 03

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **NEFRECTOMÍA RADICAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **NEFRECTOMÍA RADICAL**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **NEFRECTOMÍA RADICAL** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____