

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-116

### Nefrectomía Laparoscópica

Rev.04

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

#### OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende la extirpación total o parcial del riñón enfermo, denominándose – simple –, si solo se extirpa el riñón, -radical-, si se extirpa con la grasa que lo rodean, incluyendo en ocasiones la glándula adrenal del mismo lado, y -parcial-, cuando se conserva la parte sana del riñón. La utilización de la laparoscopia persigue un menor

#### CARACTERÍSTICAS DE LA NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA (En qué consiste)

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 ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO2 en el peritoneo o en el retroperitoneo. En la llamada "cirugía laparoscópica ayudada por la mano" uno de los orificios de entrada se amplía hasta un diámetro suficiente para que el cirujano pueda introducir una mano dentro de la cavidad abdominal para facilitar la disección y posterior extracción de riñones tumorales y de mayor tamaño.

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 POTENCIALES DE LA NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

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 total o parcial del riñón por esta vía y tener que realizar una cirugía convencional.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Infección urinaria por sondaje vesical.
- Hemorragia incoercible.
- Lesiones de vísceras adyacentes (intestino, vaso, hígado, etc.), así como peritonitis, shock séptico y posible muerte.
- Complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotórax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fístula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.
- Enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutánea.

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.

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otra alternativa es, aparte la abstención terapéutica, la cirugía convencional, pero en su caso la mejor alternativa es la nefrectomía laparoscópica.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-116

### Nefrectomía Laparoscópica

Rev.04

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 identidad.**

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  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Nefrectomía Laparoscópica.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Nefrectomía Laparoscópica.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Nefrectomía Laparoscópica** 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 o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

**REVOCAACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)