

Espacio reservado par a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

La nefrectomía es la extirpación completa del riñón (nefrectomía total o radical). En algunos casos dependiendo del tamaño y naturaleza de la lesión se puede extirpar solo un trozo de riñón (nefrectomía parcial). En determinados tipo de tumores es necesario extirpar el uréter hasta la vejiga (nefroureterectomía).

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación total o parcial del riñón enfermo y la desaparición de los síntomas derivados de esta enfermedad.

CÓMO SE REALIZA

Este procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Habitualmente se realiza con una incisión a través del costado o del abdomen o bien por laparoscopia a través de pequeños orificios por los cuales se introducen unos tubos por los que se pasa una pequeña cámara endoscópica así como diferentes instrumentos de trabajo.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto.

En el postoperatorio inmediato puede ser necesaria la utilización de analgésicos y antibióticos para control del dolor y prevención o curación de infecciones.

En raras ocasiones hay que utilizar una sonda a través de la nariz. En caso de extirpación del uréter puede ser necesario llevar más días la sonda vesical.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Esta cirugía pretende la eliminación total o parcial del riñón enfermo y la desaparición de los síntomas derivados de esta enfermedad.

OTRAS ALTERNATIVAS

No existen alternativas válidas a esta intervención ya que otro tipo de tratamientos no han demostrado las mismas posibilidades de curar definitivamente su enfermedad, por eso esta intervención es la mejor opción en su caso.

En su caso: _____

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestesias) o disminución (hipoestesias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).

➤ **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.

- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
- No conseguir la extirpación total o parcial del órgano o la desaparición completa de los síntomas.
- Durante la realización de la laparoscopia se pueden presentar diferentes problemas (sangrado, imposibilidad técnica u otras complicaciones) que hagan necesario la realización de cirugía abierta
- Debido a las heridas abdominales pueden presentarse diferentes complicaciones (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, lesión eléctrica de un asa de intestino delgado o del grueso, peritonitis o infección de la cavidad intestinal). Estas lesiones pueden presentarse inmediata o tardíamente según la intensidad de la lesión.

Consentimiento

Informado para Nefrectomía (parcial, total o

- Hemorragia tanto durante la intervención como después. Sus consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad (desde gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida). En algunos casos, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o productos derivados de la misma (hemoderivados).
- Infección pulmonar o sepsis que pueden ser graves, pudiendo existir riesgo para su vida.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas profilácticas.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo para su vida.

➤ LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: _____.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

_____.

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Consentimiento

Informado *para Nefrectomía (parcial, total o radical) y nefroureterectomía*

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **LA NEFRECTOMIA (PARCIAL, TOTAL O RADICAL) Y NEFROURETERECTOMIA.**

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.