

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es una técnica quirúrgica que pretende (con intención curativa o paliativa) la eliminación de parte del riñón enfermo (habitualmente un tumor maligno) y la desaparición de los síntomas que provoca. Puede, en ocasiones, asociarse a una linfadenectomía (extirpación de ganglios) regional o radical.

2. ¿Cómo se realiza?: Se puede realizar por laparoscopia o cirugía abierta. La elección depende de las características de la enfermedad, condicionantes anatómicos, presencia de patologías previas, disponibilidad tecnológica y por la experiencia del cirujano. Es posible que una vez comenzada la cirugía por vía laparoscópica tenga que reconvertirse a cirugía abierta si las condiciones generales del paciente o del campo quirúrgico así lo requieren. Mediante el abordaje laparoscópico se extirpa la parte de riñón enferma a través de 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 o de mayor tamaño. En caso de cirugía abierta el acceso es por incisiones abdominales o lumbares convencionales. La laparoscopia, frente a la cirugía abierta, presenta menor dolor en el postoperatorio, menores complicaciones de la herida abdominal, estancia hospitalaria más corta y más rápida recuperación de la actividad habitual.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** Infección de herida, hematoma parietal, dolor abdominal, hernia incisional.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** No conseguir la extirpación parcial del riñón y precisar una extirpación total o la permanencia de restos que precisen vigilancia o reintervención; infección urinaria; hemorragia; complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax, neumotórax, hernia o parálisis diafragmática, piotórax, insuficiencia respiratoria; complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura, fístulas, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestésias –aumento de la sensibilidad– o hipoestésias –disminución de la sensibilidad–); fístulas urinarias o vasculares; lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado); lesión vascular (cava, aorta, arteria y vena ilíaca, etc.); tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; hemorragias digestivas; complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de intervención, peritonitis o infección de la cavidad intestinal) con resultados imprevisibles. Todas ellas conllevan cirugías o maniobras intervencionistas que pueden suponer la pérdida del riñón intervenido o de otros órganos.

4. Consecuencias previsibles de su realización: La cirugía se realiza con intención curativa pero puede requerir tratamientos posteriores (radioterapia, tratamientos farmacológicos, quimioterapia, segundas cirugías...) bien por la agresividad del tumor o por persistencia o reaparición del mismo.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Posibilidad de progresión del tumor y la aparición de metástasis e incluso la muerte por el tumor a largo plazo si no se establece un tratamiento alternativo.

6. Alternativas: No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos. Algunas terapias focales (crioterapia, radiofrecuencia, ultrasonidos de alta frecuencia) son sólo aplicables a casos muy concretos no aplicables a mi situación personal.

7. Riesgos en función de su situación: La toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Determinadas circunstancias como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, infección urinaria o edad avanzada pueden aumentar la frecuencia y gravedad de las complicaciones quirúrgicas.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____