

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** Esta cirugía pretende (con intención curativa o paliativa) la eliminación del riñón enfermo (habitualmente por un tumor maligno) y la desaparición de los síntomas que provoca. Puede, en ocasiones, asociarse a una linfadenectomía (extirpación de ganglios) regional o ampliada; y en los casos de carcinoma renal con trombo tumoral en vena renal, vena cava o aurícula derecha, puede precisar de maniobras de cirugía vascular, cardiovascular y hepática.

**2. ¿Cómo se realiza?:** 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). 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 CO<sub>2</sub> 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 nefrectomía radical abierta se reserva para los tumores muy voluminosos o con trombo tumoral, y algunos casos que no son abordables por vía laparoscópica.

**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 del riñón; **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–, hiperestesias –aumento de la sensibilidad– o hipoestesias –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 (incluso intraoperatorios en tumores con trombo tumoral), **hemorragias digestivas; complicaciones abdominales** como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis o infección de la cavidad intestinal). 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 cirugía) bien por la agresividad del tumor o por persistencia o reaparición del mismo.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** La no realización de la cirugía supone la 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.**

**UROLOGIA**  
**NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCOPICA O ABIERTA**

**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: \_\_\_\_\_