



Consentimiento Informado para  
Cirugía de Nefrectomía Simple

## **Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrectomía Simple**

## Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrectomía Simple

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una  
**NEFRECTOMÍA SIMPLE.**

LADO      Derecho      
              Izquierdo

## INFORMACIÓN

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

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

Mediante esta técnica se procede a la extirpación de un riñón que está afectado por una enfermedad. Una modalidad de esta intervención es la nefrectomía parcial, que se realiza cuando podemos conservar una parte sana del riñón.

Sé que esta intervención se realiza bajo anestesia general y habitualmente la incisión es en la región lumbar, por debajo de las costillas o entre las últimas, teniendo a veces que reseca la última costilla.

También sé que esta intervención es una cirugía importante cuya dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo: aumenta en los pacientes muy obesos, en los de mayor edad, en los que tienen problemas respiratorios, cardiacos, diabéticos, etc.

El médico me ha advertido que después de la intervención estaré con sueros durante unos días y que después del alta hospitalaria pueden persistir molestias a nivel de la incisión, que desaparecerán en semanas.

secundarios de los tratamientos empleados; complicaciones pulmonares como consecuencia de la apertura del tórax (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, neumotórax o aire en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma); parálisis diafragmática como consecuencia de la lesión del nervio frénico y con repercusiones respiratorias más o menos graves dependiendo de la intensidad de la lesión; piotórax o infección masiva de la cavidad torácica con posible resultado de muerte; insuficiencia respiratoria como consecuencia de complicaciones anteriores o patología previa, que oscilará desde muy leve a muy grave con resultado de muerte; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura, apertura, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias dolores nerviosos, hiperestesias aumento de la sensibilidad o hipoestesias disminución de la sensibilidad); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles; lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.); tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....  
Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que otras alternativas son la embolización y la terapia médica, pero que en mi caso la mejor opción terapéutica es la nefrectomía simple.

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**NEFRECTOMÍA SIMPLE.**

**LADO**      Derecho        
                 Izquierdo     

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).