

## OCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SUPRARRENALECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I.º .....

### DECLARO

Que el Dr./Dra ....., interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una SUPRARRENALECTOMIA RADICAL VIA LAPAROSCOPICA , por padecer .....

I.- Es una intervención que consiste en la **extirpación radical de la glándula suprarrenal**. Esto es así porque la intervención suele realizarse para tratar un tumor maligno o un tumor benigno que puede producir hormonas de forma nociva para la salud y, se hace, habitualmente, con intención curativa o paliativa. Puede, en ocasiones, asociarse a una linfadenectomía regional o radical.

Las intervenciones realizadas bajo cirugía laparoscópica pueden ser en general realizadas mediante cirugía abierta.

La cirugía laparoscópica permite realizar la suprarrenalectomía en casos de tumor de la glándula suprarrenal de naturaleza benigna, en cuyo caso no se realiza linfadenectomía y se denomina suprarrenalectomía simple. Estas intervenciones se realizan bajo anestesia general provocando una hiperinsuflación abdominal (neumoperitoneo) que permite la colocación de una cámara e instrumental quirúrgico para realizarlas. En caso de patología supuestamente maligna o de piezas no fragmentables se hará una incisión cutánea mínima para su extracción íntegra.

Es precisa la colocación de una sonda vesical y una sonda nasogástrica durante la cirugía.

El postoperatorio normal puede ser prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sonda o drenajes cuando el médico considere oportuno.

### II.- DE DICHA INTERVENCIÓN SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A.- Eliminación de la glándula enferma .
- B.- Desaparición de los síntomas derivados de la misma.
- C.- Análisis microscópico de la glándula extirpada.
- D.- Sustitución de la incisión cutánea clásica por punciones abdominales
- E.- Postoperatorio más rápido (en relación a suprarrenalectomía abierta clásica)

### III. DE DICHA INTERVENCIÓN ES POSIBLE PERO **NO FRECUENTE** ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A.- No conseguir la extirpación de la glándula vía laparoscópica y tener que recurrir a la vía quirúrgica a cielo abierto
- B.- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- C.- Hemorragia de distinta intensidad que puede llegar, aunque es improbable, a ser incoercible, tanto *durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio*. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser muy diversas aunque raramente ocasiona el fallecimiento como consecuencia directa o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
- D.- Complicaciones abdominales como consecuencia de trabajar en la cavidad abdominal:1) parálisis intestinal pasajera o persistente, 2) obstrucción intestinal que precise la práctica de reintervención con resultados imprevisibles que pueden llegar hasta la muerte, 3) peritonitis (infección de la cavidad intestinal) con resultados imprevisibles que pueden llegar hasta la muerte.

E.- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica y puntos de inserción de los trócares de laparoscopia: 1) infección con diferente gravedad, 2) dehiscencia de sutura (apertura) e incluso eventración (salida de asas intestinales) que pueden necesitar una nueva intervención, 3) fístulas permanente o temporales, 4) defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, 5) intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, 7) neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).

F.- Lesiones vasculares severas (vena cava, arterias aorta, ilíacas, hipogástricas).

G.- Lesiones venosas (estas lesiones pueden dar lugar a hemorragias importantes como se ha comentado en el apartado C, más arriba).

H.- Linfocele con posibilidad de sobreinfección, que puede requerir un drenaje percutáneo o quirúrgico.

I.- Linforragia persistente de duración variable

J.- Pérdida de un segmento intestinal, del bazo o parte del páncreas o lesión hepática o vena cava. Esto no es frecuente, pero a veces necesario para conseguir quitar toda la masa renal.

K.- Lesiones pulmonares e enfisemas subcutáneos de consecuencias imprevisibles por la insuflación de gas

L.- Posibilidad de realizar la indicación de cirugía abierta durante el acto quirúrgico por cambiar la indicación intraoperatoria o por aparición de complicaciones.

**IV. ALTERNATIVAS:**

En caso de glándula suprarrenal tumoral, no existe otra opción como tratamiento curativo

**V. ANESTESIA**

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

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.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de

**SUPRARRENALECTOMIA RADICAL VIA LAPAROSCOPICA**

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo: .....

Fdo: .....

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)



### REVOCACIÓN

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. nº .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ....., que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

### DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. nº .....

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)