

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es la implantación de un riñón procedente de una donación altruista de cadáver (habitualmente) o de una persona viva (familiar consanguíneo o no familiar voluntario).
2. **¿Cómo se realiza?:** Se coloca un riñón, seleccionado específicamente, que hace las funciones de los riñones propios que estaban enfermos y que han sido extraídos. La intervención se realiza mediante una incisión en el abdomen, por debajo del ombligo, con acceso a los vasos ilíacos, donde se efectúa el implante. En casos muy complejos se utilizarán otras localizaciones como el lugar de los riñones propios (trasplante ortotópico) o la sutura vascular a aorta y cava. La derivación urinaria se realizará usualmente uniendo el uréter del injerto a la vejiga, aunque en ocasiones se recurre a una unión a los uréteres propios. En la mayoría de casos, se coloca un catéter que será retirado habitualmente en 4 semanas mediante cistoscopia. En el postoperatorio inmediato llevará un drenaje y una sonda vesical, durante varios días.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** Hemorragia durante la cirugía o en el postoperatorio, infección urinaria, retraso en la función del injerto, hematuria. El riñón trasplantado puede comenzar su función inmediatamente, tardar varios días, incluso semanas, o en determinados casos no hacerlo nunca (Infecciones o rechazo del órgano trasplantado)
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** No conseguir la realización del implante renal por problemas técnicos durante la intervención; complicaciones alérgicas a los medicamentos utilizados; hemorragia incontrolable oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte; complicaciones abdominales (parálisis intestinal, perforación intestinal u obstrucción intestinal o peritonitis); complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, apertura de la sutura; salida del paquete intestinal, eventración (hernia de la herida) fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos; complicaciones neurológicas (dolores neurológicos, aumento o disminución de la sensibilidad, limitaciones en la movilidad de la extremidad inferior del lado donde se implante el injerto; disfunción eréctil; problemas miccionales como dificultad miccional o retención urinaria; lesiones vasculares; lesiones ureterales con posibilidad de estenosis, fístula urinaria o problemas derivados del uso del Doble J; lesiones linfáticas con resultado de colecciones (linfocele); trombosis venosa profunda venosos profundos o tromboembolismos pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso. Además, pueden producirse complicaciones vasculares en el injerto (trombosis de vasos renales, estenosis de la arteria renal, problemas ureterales, estenosis o trombosis de la arteria ilíaca, pudiendo ser necesario, incluso extirpar el riñón trasplantado. Otras complicaciones derivadas del implante aunque no directamente de la cirugía son la *posibilidad remota de trasmisión de algún tipo de infección o tumor; necrosis tubular aguda; rechazo del injerto* (agudo o crónico), *Enfermedades Infecciosas; toxicidad de medicación inmunosupresora; recidiva de la enfermedad renal origina; hipercalcemia; mayor riesgo de cáncer* (derivado de la inmunosupresión).
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La posibilidad de que el riñón trasplantado le permita obviar la necesidad de diálisis.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La continuación en su programa de diálisis.
6. **Alternativas:** La diálisis peritoneal o la hemodiálisis.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como *sintram* u otros) o antiagregantes (como *aspirina* u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

**Debe advertir a los/las profesionales sanitarios de sus alergias.**

**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	CATEGORÍA 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: \_\_\_\_\_