

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es la extirpación de un riñón previamente trasplantado en un/una paciente con enfermedad renal crónica.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se accede a la zona del riñón implantado (habitualmente en la región lateral comprendida entre el pubis y el ombligo) y se procede a liberar el riñón cuyo grado de adherencia a los tejidos circundantes (incluyendo los vasos ilíacos) es directamente proporcional al tiempo transcurrido desde el implante. Tras la liberación (usualmente subcapsular) se procede a suturar, en bloque o por separado, la arteria y la vena renal así como el uréter y a extraer el riñón. Tras ello se coloca un drenaje que se retira a las 24-48 h si no se produce sangrado.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** Hemorragia durante la cirugía o en el postoperatorio, infección urinaria, dolor en la zona de la cirugía.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** **No conseguir la realización de la trasplantectomía renal** por problemas técnicos; complicaciones **alérgicas** a los medicamentos utilizados; hemorragia incontrolable tanto durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio 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, separación de la sutura; salida del paquete intestinal, eventración (hernia de la herida) fistulas 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; problemas miccionales como dificultad miccional o retención urinaria; lesiones **vasculares** que pueden dar lugar a consecuencias imprevisibles, incluso la muerte; lesiones **vesicales** con posibilidad de fístula urinaria; lesiones linfáticas con resultado de colecciones (linfocele); **impotencia**; **trombosis** venosa profunda o **tromboembolismos pulmonares** cuya gravedad depende de la intensidad del proceso. Todas estas complicaciones pueden requerir de ulteriores operaciones para su corrección.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La extirpación del riñón no funcionante y la mejoría de los síntomas relacionados con él.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La persistencia de los problemas (inmunológicos, hematuria, dolor) derivados de la presencia del riñón trasplantado no funcionante.
6. **Alternativas:** Generar la interrupción del riego sanguíneo en el riñón mediante técnicas de intervencionismo vascular.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom 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 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: \_\_\_\_\_