

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL Y/O LINFOCELE

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Mediante este procedimiento se hace una punción en el quiste o linfocele (acúmulo de líquido linfático encapsulado) a través de la piel con anestesia local y se introduce un pequeño catéter (tubo fino), a través del cual se vacía su contenido y se introducen sustancias esclerosantes. Estas sustancias actúan sobre el interior de la pared del quiste o del linfocele para evitar una nueva formación de líquido.

De forma habitual se deja el catéter unos días (por lo que podrá estar en régimen ambulatorio) para repetir la inyección de la sustancia y comprobar los resultados. Hasta entonces deberá evitar tracciones (tirones) que darían lugar a su arrancamiento lo que puede provocar molestias y complicaciones.

La finalidad es eliminar el quiste del riñón, mejorar los síntomas y evitar las posibles complicaciones.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Persistencia total o parcial del quiste o del linfocele.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Punción de vísceras o del intestino.
- Complicaciones abdominales.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### **RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

No tiene.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía abierta.
- Cirugía vía endoscópica percutánea.
- Drenaje del quiste.

## AUTORIZACIÓN PARA "ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL Y/O LINFOCELE"

Yo, D./D.<sup>a</sup> , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: