

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSPLANTECTOMÍA DE INJERTO RENAL**

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

Mediante esta cirugía se extirpa el riñón trasplantado con anterioridad que no funciona. La técnica se realiza con anestesia general mediante una incisión en el abdomen y se procede a liberar el riñón, después se sutura la arteria y la vena renal así como el uréter y se extrae el riñón. Tras ello se coloca un drenaje de forma temporal (para retirar el exceso de líquido que se pueda acumular en la zona) y que se quita en pocos días si no se produce sangrado.

La finalidad es la de mejorar la calidad de vida eliminando las consecuencias de mantener el injerto que no funciona (fiebre, dolor, sangre en orina, intolerancia al injerto y aumento de la probabilidad de formación de anticuerpos que produzcan rechazo para injertos futuros).

### **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:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección de orina.
- Dolor en la zona de la cirugía.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Retención de orina (temporal o permanente).
- No conseguir la realización de la intervención por problemas técnicos.
- Complicaciones abdominales: Lesiones de las vísceras cercanas (intestino, bazo, hígado, etc.) que pueden dar lugar de forma excepcional a eventos graves como hemorragias importantes, peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal), infección generalizada, parálisis intestinal, obstrucción de los intestinos, lesiones de intestino por bisturí eléctrico.
- Impotencia.
- Problemas derivados de la disección linfática y vascular (linfadenectomía) que pueden dar lugar a consecuencias imprevisibles.
- Lesiones ureterales.
- Lesión nerviosa, fibrosis reactiva y estenosis del uréter y de los vasos tanto arteriales como venosos a largo plazo.
- Lesión linfática (linfocele).
- Complicaciones neurológicas (dolores neurológicos, aumento o disminución de la sensibilidad, limitaciones en la movilidad de la extremidad inferior del lado donde se extrae el injerto).

- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragia digestiva.
- Neumonía por distintos microorganismos de gravedad variable.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatriz anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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

No tiene.

### AUTORIZACIÓN PARA “TRANSPLANTECTOMÍA DE INJERTO RENAL”

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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

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: