

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

### **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE**

*Esta intervención consiste en la extirpación de un riñón sano de un donante voluntario. Con este procedimiento se pretende implantárselo a un paciente, con insuficiencia renal crónica, para mejorar su calidad de vida y su supervivencia.*

### **CÓMO SE REALIZA**

*En primer lugar, la persona que desea donar un riñón debe someterse inicialmente a una serie de estudios para saber si puede donar ese órgano. Estas pruebas consisten en diversos análisis de sangre, electrocardiograma, radiografías, ecografías y, a veces, pruebas con contraste algunas de las cuales pueden implicar algún riesgo para el donante.*

*Una vez estudiado el caso en su conjunto, será analizado por el Comité de ética del Hospital y la Dirección del Centro deberá autorizar este procedimiento emitiendo el correspondiente informe que junto con la documentación requerida será remitida al juez del registro civil para su aprobación.*

*La intervención consiste en la extirpación de uno de los dos riñones del donante junto con el uréter. Esta intervención se realiza en la mayoría de las ocasiones mediante laparoscopia en la que se realiza a través de pequeños orificios por los cuales se introducen unos tubos por los que se pasa una pequeña cámara endoscópica así como diferentes instrumentos de trabajo; sin embargo, en algunos casos, según la anatomía del riñón y del donante, es recomendable realizar la intervención mediante una incisión abdominal más amplia. En total se prevé una hospitalización de unos 3-4 días que puede llegar a unos 7 días si se realiza mediante cirugía abierta*

*El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.*

### **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

*La intervención supone inevitablemente algunas molestias derivadas de la/s heridas que requerirán tratamiento analgésico. También, en función del tipo de intervención, quedarán unas pequeñas cicatrices (4-5) o una amplia cicatriz abdominal.*

### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

*Esta intervención, realizada con claro sentimiento de solidaridad, permite mejorar sustancialmente la calidad de vida del receptor del riñón.*

*La amplia experiencia mundial en este tipo de intervenciones demuestra que el hecho de vivir con un solo riñón no tiene porqué suponer ninguna minusvalía física, pues es conocido cómo personas que nacen con un sólo riñón o aquellos a los que les ha sido extirpado uno de ellos por donación, traumatismo, enfermedad, etc., no se ven comprometidos si el riñón restante es sano.*

*El desarrollo futuro de enfermedades que puedan dañar su único riñón, una vez extraído el donado, es totalmente imprevisible, aunque es positivo no contar en la actualidad con ningún factor de riesgo conocido para tales enfermedades.*

### **OTRAS ALTERNATIVAS**

*El receptor puede incluirse en lista de espera para trasplante renal de cadáver, alternativa válida y que evitaría la necesidad de su donación y, por lo tanto, de la intervención quirúrgica a la que desea someterse y de sus posibles complicaciones. Sin embargo, en este caso, usted, su nefrólogo y su urólogo, han decidido que la donación de su riñón es la mejor opción.*

*En su caso: \_\_\_\_\_.*

### **QUÉ RIESGOS TIENE**

*Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.*

#### **➤ LOS MÁS FRECUENTES:**

- *Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestésias) o disminución (hipoestésias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).*
- *Infecciones de orina como consecuencia del empleo de sondas.*

- **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.
  - Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
  - La intervención laparoscópica puede presentar diferentes complicaciones (sangrado, imposibilidad técnica u otras complicaciones) que se haga necesario una intervención a cirugía abierta. Debido a las heridas abdominales pueden presentarse diferentes complicaciones (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, lesión eléctrica de un asa de intestino delgado o del grueso). Estas lesiones pueden presentarse inmediata o tardíamente según la intensidad de la lesión. Estas complicaciones pueden precisar la realización de intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis o infección de la cavidad intestinal, que pueden requerir reintervención con resultados imprevisibles.
  - Hemorragia tanto durante la intervención como después. Sus consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad (desde gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida). En algunos casos, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o productos derivados de la misma (hemoderivados).
  - Infección pulmonar o sepsis que pueden resultar graves, pudiendo existir riesgo para su vida.
  - Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas preventivas (profilácticas).
  - Ocasionalmente pueden presentarse sensaciones de ansiedad, miedo, depresión, etc., en algunos momentos de su vida futura, pero en general, los ratos de bienestar, tranquilidad de espíritu, sensación de utilidad a la sociedad, etc., predominan sobre los anteriores si, como se espera, todo se desarrolla con éxito.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero, como se ha referido, algunas de ellas pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo para su vida.

➤ LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

\_\_\_\_\_.

### **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comuníquese también los medicamentos que esté tomando.

Siendo conocedores de que los beneficios obtenidos en una donación voluntaria de un riñón predominan sobre los posibles riesgos es imposible asegurar el éxito del trasplante pues, además de la posibilidad del fallo por complicaciones, el riñón puede ser rechazado por el receptor.

### **OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

# Consentimiento

## Informado *Nefrectomía de donante vivo para trasplante renal*

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **NEFRECTOMIA DE DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE RENAL.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

### Denegación o Revocación

*D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

# Consentimiento

## Informado *Nefrectomía de donante vivo para trasplante renal*

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

*TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña*

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas