



Servicio de Nefrología
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Trasplante renal de donante cadáver

Apellidos, nombre: _____

NHC: _____ Tarjeta Sanitaria: _____

DNI: _____ NIE: _____ Pasaporte: _____

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Estimado paciente / representante, ponemos en su conocimiento y sometemos a su consideración la información sobre el procedimiento señalado en el encabezado, al que le proponemos ser sometido, para solicitar su **Consentimiento informado**.

Por favor, lea atentamente este documento y consulte con su médico las dudas y aclaraciones que se le planteen. La aceptación **es voluntaria y puede retirar su consentimiento** en el momento que lo considere oportuno (Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). A tal efecto, dispone de un periodo de reflexión previo a la aceptación, la cual puede materializar presentándose en la localización del centro habilitada para proceder a su firma en cualquier momento.

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

El trasplante renal es un procedimiento por el cual se implanta un riñón procedente de otra persona (en este caso un donante fallecido) para que supla la función de sus riñones propios, que en la actualidad no es suficiente para mantener su estado de salud. La intervención se realiza bajo anestesia general, se realiza una incisión en una de las fosas iliacas. La intervención conlleva realizar dos uniones vasculares de la arteria y vena del riñón a los vasos iliacos y una unión de la vía urinaria del uréter a la vejiga del receptor. Previamente usted ha sido incluido en la lista de espera, lo que implica cumplir una serie de requisitos para recibir un trasplante con éxito. El riñón para el que ha sido seleccionado se ha considerado adecuado y compatible con su organismo.

Además de la intervención quirúrgica el trasplante supone recibir una medicación inmunosupresora para minimizar el riesgo de rechazo del órgano. Es posible que el riñón trasplantado no funcione de manera inmediata y que todavía sea necesario realizar algunas sesiones de hemodiálisis postrasplante.

ZONA ANATÓMICA

< Información a completar por el profesional >

DETALLES DE LA PRUEBA (Observaciones)

A pesar de los tratamientos empleados para evitar el rechazo, es frecuente que con los años se produzca una progresiva pérdida de función renal del trasplante, por lo que es frecuente que con los años tenga que

volver a diálisis, en ese caso será informado por sus médicos sobre la posibilidad de recibir un segundo trasplante.

El beneficio que espera obtener es una mejor calidad de vida y recuperación de la función renal.

En la mayoría de los centros de Europa y USA la supervivencia anual del paciente está por encima del 93,95% y del riñón por encima del 85%.

Se recomienda aportar todos los datos sobre sus enfermedades, intervenciones quirúrgicas y medicación que esté tomando, especialmente aquella que actúe sobre la coagulación.

Comentado [VMG1]: Dra. Adelaida Morales

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Las alternativas al trasplante renal de cadáver son permanecer en alguna de las técnicas de diálisis existentes de por vida o realizarse un trasplante de donante vivo.

RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en un porcentaje muy pequeño de pacientes, pueden presentarse efectos indeseables, como:

- Riesgos de anestesia: por la colocación del tubo endotraqueal se puede producir afonía, molestias faríngeas, rotura de alguna pieza dentaria, raramente complicaciones pulmonares severas. Durante la anestesia se pueden producir trastornos del ritmo cardíaco, hipo o hipertensión, alteraciones corneales, reacciones alérgicas, durante la intervención puede ser necesario realizarle algún tipo de transfusión de sangre o hemoderivados.
- Riesgos de la intervención: Tras la intervención se le dejará una sonda vesical y un tubo o tutor endoureteral desde el riñón hasta la vejiga. En ocasiones aparece una imposibilidad técnica que impide terminar la intervención con éxito. Pueden aparecer colecciones, hematomas, linfocelos, hemorragias, abscesos u otras infecciones, complicaciones de la cicatriz. En ocasiones es necesario reintervenir para solucionarlas. Al abrir cavidad abdominal se puede producir una paralización temporal de los intestinos produciendo síntomas digestivos en el postoperatorio. Riesgo de trombosis arterial o venosa que impidan función del riñón, riesgo de daño de otros vasos sanguíneos. Complicaciones de la vía urinaria como fugas, urinomas o uropatía obstructiva.
- Riesgos relacionados con el riñón: Trasmisión de enfermedades infecciosas (víricas u otras) que no hayan sido detectadas. Rechazo del mismo a pesar del tratamiento. Necrosis tubular aguda con función renal retrasada. Algunas enfermedades de los riñones propios pueden volver a aparecer en los riñones trasplantados.
- Riesgos relacionados con la inmunosupresión: Predisposición a enfermedades infecciosas y neoplásicas a corto y largo plazo. Efectos secundarios digestivos, neurológicos y metabólicos.
- Recibirá un tratamiento inmunosupresor de por vida con los posibles efectos secundarios que puede acarrear: metabólicos, cutáneos, nefrotoxicidad renal, infecciosos y mayor frecuencia de neoplasias.
- En ocasiones por rechazo agudo, por complicaciones vasculares y otras razones el trasplante no tiene éxito y el paciente debe permanecer en diálisis.

Sus médicos podrán darle más información sobre las consecuencias de estas y otras complicaciones, así como los medios diagnósticos y de tratamiento que disponemos para las mismas. La mayoría de estas complicaciones pueden ser tratadas, pero algunas pueden poner en peligro su vida o la función del injerto.

Comentado [VMG2]: Dra. Adelaida Morales

RIESGOS PERSONALIZADOS Y PROFESIONALES

< Información a completar por el profesional >

ANOTACIONES ESPECÍFICAS

< Información a completar por el profesional >

DECLARACIONES Y FIRMAS

El paciente D. D^a _____, con DNI: _____
o su representante D. D^a _____, con DNI: _____

DECLARA

Que el/la Doctor/a D/D^a. _____,
con N^o Colegiado _____ me ha informado de la naturaleza y los riesgos del
procedimiento mencionado, de las consecuencias de su rechazo, así como de sus alternativas. He
entendido la información facilitada, comunicada en un lenguaje claro y sencillo. Se me ha dado la
oportunidad de recibir más información, realizar observaciones y aclarar las dudas que he planteado.

Y en tales condiciones:

- CONSIENTO que se me realice el procedimiento y acepto sus riesgos, de forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades, tras proceder a la reflexión después de recibir la información adecuada.
- CONSIENTO que las imágenes que se obtengan durante el procedimiento se utilicen para documentar adecuadamente mi caso, o con fines científicos y/o docentes.
- NO CONSIENTO que se me realice el procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.
- RENUNCIO a mi derecho a ser informado, pero CONSIENTO que se me realice el procedimiento acepto sus riesgos.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8.5 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, le informamos que puede revocar su consentimiento en cualquier momento previo a la realización del procedimiento

indicado. A tal efecto deberá solicitar el impreso de revocación asociado a este documento en el Servicio de Admisión del centro, sin necesidad de tener que informar del motivo.

Información básica sobre protección de datos

La información que se recaba en este documento se incorporará al tratamiento de datos de carácter personal de Historia Clínica de Atención Especializada, cuyo responsable es el Director del Servicio Canario de la Salud y cuya finalidad es facilitar la asistencia sanitaria que se le presta.

Este tratamiento está legitimado en el cumplimiento de una misión realizada en interés público en el ejercicio de poderes públicos.

Los datos objeto de tratamiento podrán ser cedidos en determinados supuestos previstos por la legislación (supuestos que puede consultar en la información adicional detallada al final).

Usted tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y oposición en los términos que figuran, asimismo, en la información adicional.

Si desea conocer con más profundidad cualquiera de los puntos descritos en este apartado, puede consultar información adicional y detallada en www.gobiernodecanarias.org/rgpd/dscs/hcae

Firma del médico	Nombre y Firma del paciente/ Representante *

* **Representante:** Representante legal o persona vinculada por razones familiares o, de hecho.