

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE TRASPLANTE RENAL RELACIONADO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La intervención de Trasplante Renal Donante VIVO RELACIONADO**, consiste en la colocación de un riñón previamente procurado de un paciente que tiene algún tipo de relación con usted, esta puede ser consanguínea hasta el cuarto grado o "por afinidad hasta el segundo grado o su cónyuge, o una persona que, sin ser su cónyuge, conviva con el donante o su conviviente civil" (Ley N°19.451).

**La técnica quirúrgica consiste** en la colocación de este riñón a través de una incisión quirúrgica en la parte inferior del abdomen llamada Fosa ilíaca, y se realiza la unión de la vena y arterias del riñón a los vasos que están en esa localización. También se une el conducto que drena la orina (uréter) directamente a la vejiga o al uréter nativo, quedando conectado con un catéter llamado doble jota, el que se retirará a través de la uretra con una cistoscopia algunas semanas posteriores a la intervención. Además, estará de forma transitoria con una sonda urinaria (Foley) que va desde la vejiga hacia el exterior por la uretra, y la que habitualmente se retira durante la hospitalización, salvo en algunas situaciones que se requiere mantener por más tiempo.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**Riesgos**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, tratamientos farmacológicos inmunosupresores, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias

intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Los riesgos con mayor probabilidad de ocurrencia:**

- Sangrado, que pueda requerir transfusiones de hemoderivados, y en algunos casos re-operaciones habitualmente urgentes.
- Rechazo de su sistema inmunológico al órgano trasplantado.
- No funcionamiento inicial del injerto, y el eventual requerimiento de Diálisis posterior al trasplante, ya sea de forma transitoria o permanente.
- Complicaciones vasculares, como estenosis o trombosis arteriales y/o venosas que puedan requerir re-operaciones de manera urgente o programada de forma electiva.
- Complicaciones urológicas como estenosis ureteral y/o fístulas urinarias, que puedan requerir uso de sonda, instalación de drenajes u operaciones quirúrgicas tanto endoscópicas como abiertas.

Pérdida del injerto como consecuencia de las complicaciones previamente mencionadas, con necesidad de retorno a Diálisis y la eventual necesidad de extraer el riñón trasplantado.

Efectos indeseables asociados a los fármacos inmunosupresores e infecciones derivadas de la condición de inmunosuprimido, mayor riesgo de desarrollar cáncer que la población general, principalmente de piel y hematológicos.

Existe un riesgo vital como consecuencia de complicaciones médicas y/o quirúrgicas. La presencia de estas complicaciones estará asociado a hospitalizaciones más prolongadas y mayores costos asociados.

La posibilidad de nuevos diagnósticos producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento será realizado por el equipo multidisciplinario de la unidad de trasplante.

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO \_\_\_\_\_ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía Trasplante Renal Donante Vivo Relacionado** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO RELACIONADO**, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)