



1. Identificación y descripción del procedimiento

El trasplante pulmonar consiste en extirpar uno o ambos pulmones y sustituirlos por pulmones procedentes de cadáver. He sido informado de que el momento de realizarme el trasplante dependerá de la existencia de un órgano donante, que me será asignado de acuerdo a mis características –grupo sanguíneo, tamaño, etc.–, a mi estado clínico y al de resto de pacientes en lista de espera, y de mi fecha de inclusión en dicha lista.

Conozco que en el procedimiento del trasplante intervienen, directa o indirectamente, un elevado número de profesionales sanitarios procedentes de los servicios de Neumología, Cirugía Torácica, Anestesia y Reanimación, Cuidados Intensivos, Rehabilitación, y otros servicios, según las necesidades que se planteen. También sé que cabe la posibilidad de que durante las maniobras de preparación para la anestesia –canalización de venas y arterias, implantación de catéter epidural (en la espalda, para el control del dolor), etc.– pueda suspenderse la intervención por problemas técnicos del órgano donante –pulmones que no cumplan los requisitos necesarios para garantizar un buen funcionamiento– y que no hayan podido detectarse hasta su completa extracción. Asimismo, excepcionalmente cabe la posibilidad de que el pulmón no pueda implantarse por problemas técnicos derivados de mis características anatómicas o funcionales, teniéndose que suspender el trasplante y adjudicar el órgano a otro receptor.

2. Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Se pretende prolongar mi supervivencia, mejorar mi capacidad funcional y mi calidad de vida.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Se me ha explicado que, en mi situación, es conveniente proceder a un trasplante pulmonar, al no existir ninguna otra alternativa terapéutica válida.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Alcanzar los objetivos del procedimiento.

Se me ha informado que tras el trasplante continuaré con ventilación mecánica –conectado a un respirador artificial– por un tiempo más o menos prolongado, requiriendo en ocasiones la realización de una traqueotomía temporal –apertura de la tráquea a la piel del cuello– para poder tener acceso directo a la vía respiratoria inferior, mediante la inserción de una cánula.

Asimismo, soy consciente de que para evitar el rechazo del pulmón implantado requeriré la administración de fármacos antirrechazo –inmunosupresores– que bajarán mis defensas frente al desarrollo de infecciones y de tumores.

He sido informado de que, tras el trasplante, y para controlar mi evolución, está prevista la realización de biopsias y otras exploraciones de forma periódica, así como cuando mi estado clínico lo requiera.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

No alcanzar los objetivos del procedimiento

6. Riesgos frecuentes

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos secundarios y complicaciones, tanto las comunes derivadas de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otras específicas del trasplante.

Existen riesgos derivados de las características del órgano donado, al poderse transmitir enfermedades ocultas del donante (infecciones y tumores) que no hayan podido detectarse antes de la intervención, así como otras alteraciones que el órgano haya podido sufrir durante el manejo intraoperatorio y que pueden influir directamente en el funcionamiento del pulmón implantado y en mi supervivencia.

Con relativa frecuencia se produce la denominada *disfunción primaria del injerto* (10-15%) –mal funcionamiento del pulmón recién implantado– y que puede precisar de medidas de soporte extraordinarias –ventilación mecánica prolongada, oxigenación extracorpórea, etc.– y, excepcionalmente, de un retrasplante. A pesar de la medicación para evitar el rechazo, suelen aparecer episodios de *rechazo agudo* (55-75%), sobre todo en las primeras semanas, y que normalmente ceden con el aumento de la inmunosupresión. El *rechazo crónico* que suele presentarse frecuentemente en los meses o años que siguen al trasplante, no responde satisfactoriamente al tratamiento actual, limitando la supervivencia de los que la padecen y que, en ciertos pacientes, puede requerir un nuevo trasplante. La incidencia del rechazo crónico es mayor durante los dos primeros años después del trasplante, pero los pacientes presentan riesgo indefinidamente, pudiendo alcanzar un riesgo acumulado del 60-80% a los 5-10 años del trasplante. Son relativamente frecuentes (30%) las lesiones neurológicas, sobre todo la parálisis del diafragma por alteración del nervio frénico, generalmente transitorias.

Son frecuentes las infecciones respiratorias por bacterias, virus y hongos, debido al necesario estado de inmunosupresión al que tendré que estar sometido. También son relativamente frecuentes las complicaciones pleurales: neumotórax –aire en la pleura, con el consiguiente colapso de parte del pulmón– y derrame pleural –acumulo de líquido–; ambas complicaciones suelen tratarse satisfactoriamente manteniendo o colocando drenajes pleurales.

7. Riesgos poco frecuentes

Poco frecuente, pero grave, es la dehiscencia de la anastomosis bronquial (10%) –apertura de la sutura que une el bronquio donante al bronquio receptor–, fistulizándose el bronquio al mediastino o a la cavidad pleural. También puede aparecer una estenosis (7-15 %) –cicatriz exuberante en la sutura del bronquio que estrecha su luz– y que requiera dilataciones por broncoscopio e implantación de prótesis para mantener el calibre del bronquio, y menos frecuentes (< 1%) son las lesiones cerebrales secundarias a embolismo aéreo –paso de aire a la sangre y de esta al cerebro– y a falta de oxígeno por los trastornos cardio-circulatorios que se pueden producir durante la intervención y la utilización de circulación extracorpórea. La herida quirúrgica suele doler durante un tiempo variable y, ocasionalmente, puede infectarse o dislocarse la zona de esternón suturada, si se seccionó para el procedimiento.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente.

Riesgos personalizados: están relacionados con el estado de salud previo del paciente y los más significativos en su caso son

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

