

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASPLANTE DE PÁNCREAS - RIÑÓN**

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

Se le va a colocar un nuevo páncreas y un nuevo riñón procedente de un donante cadáver en cuanto éste esté disponible. Ello va a depender de la lista de espera en la que usted va a ser incluido desde este momento si acepta este procedimiento.

La cirugía consiste en implantar páncreas del donante en la fosa ilíaca derecha (un lugar del abdomen). A continuación, otro equipo (urología) coloca el nuevo riñón en la fosa ilíaca izquierda. No se le extirpan ni su páncreas ni su riñón y requiere de la conexión del uréter del nuevo riñón a su vejiga. También de sus vasos arteriales y venosos con los de los nuevos órganos.

Esta intervención se hace con anestesia general, de cuyos riesgos será informado/a por el Servicio de Anestesia.

Sirve para tratar a las personas en que la diabetes tipo 1 ha producido lesión en los vasos de varios órganos del cuerpo, en especial el riñón, afectándolos. Esta lesión hace que no funcionen de forma correcta y se produzca, entre otras, insuficiencia renal.

La finalidad del doble trasplante es corregir a la vez su diabetes y su insuficiencia renal, evitando así que produzcan un deterioro más grave en su organismo.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Después del trasplante el paciente debe tomar un tipo de medicación (inmunosupresor) para evitar el rechazo del trasplante durante toda su vida.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Su enfermedad es avanzada, y puede serlo aún más cuando esté disponible el trasplante. Por ello, la repercusión de la cirugía puede ser importante y afectar la función cardiaca, pulmonar y renal.

Esta cirugía es compleja. Los riesgos son altos. Incluyen complicaciones inmediatas e incluso la muerte. Esta cirugía precisa reconexiones complejas entre vasos, así como del uréter con su vejiga. Por ello también puede aparecer sangrado importante que obligue a transfusiones de sangre o a una nueva intervención.

Por su parte, la medicación con inmunosupresor que tendrá que llevar toda su vida tras el trasplante puede aumentar la incidencia y gravedad de las infecciones, la aparición de tumores y de enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial.

Los órganos trasplantados pueden no funcionar bien a corto plazo o con el paso del tiempo. En caso de rechazo crónico sería necesario hacer pruebas (biopsia) e intensificar el tratamiento.

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:

- Contraer una durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.

- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper 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

Ud. padece de una diabetes tipo 1 e insuficiencia renal crónica. Por eso ha sido incluido en un programa de sustitución de la función renal (hemodiálisis u otras modalidades) o va a ser incluido en breve. El trasplante es el mejor tratamiento para la situación actual de su riñón. Ya no puede mejorar con los tratamientos que ha llevado hasta ahora. De no ser trasplantado en un plazo razonable su enfermedad seguirá un curso terminal e irreversible que pone en peligro su vida.

### AUTORIZACIÓN PARA “TRASPLANTE DE PÁNCREAS - RIÑÓN”

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.

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.



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

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General  
y Digestiva*

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: