



Información y Consentimiento Informado para donante vivo de hígado

Nombre del procedimiento Donante vivo de hígado	Servicio de
Nombre del Centro de Salud	Edad del usuario
Nombre del usuario	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento:

Será sometido a una serie de evaluaciones con el objetivo de valorar si califica o no como donante. **Evaluación médica:** Se le realizarán exámenes de laboratorio incluyendo VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, así como estudios en los que se necesita sacar sangre, colocar vías y aplicar medio de contraste (sustancia usada para mejorar la visibilidad de estructuras u órganos, que pueden generar reacciones alérgicas). **Evaluación psicosocial:** Un equipo de profesionales en psiquiatría, psicología y trabajo social lo entrevistarán para determinar su capacidad de tomar decisiones, si tiene algún padecimiento psiquiátrico o si ha tenido presiones por parte de alguien para hacer esta donación. Una vez completado lo anterior y si se considera que no hay limitaciones para continuar, se realizará la **cirugía de donación**, en la cual se usa anestesia general. La misma consiste en realizar una herida en el abdomen por la cual se localiza y saca la parte del hígado necesaria para el receptor. Durante el procedimiento puede ser necesario transfundir sangre o sus derivados. En total se espera que esté internado de 3 a 10 días, que pueden prolongarse según su evolución.

Objetivo y beneficios esperables:

Esta cirugía se realiza para extraer una parte de hígado sano de un donador vivo voluntario. Se pretende conseguir una parte de hígado para trasplantarlo a un paciente con enfermedad grave de ese órgano y mejorar su calidad de vida.

Alternativas disponibles:

Al tratarse de una cirugía a la que usted decide someterse la alternativa disponible es no realizarse la cirugía. No tendrá ninguna consecuencia negativa si toma esa decisión.

Consecuencias previsibles:

Dolor a nivel del abdomen y la herida, ameritará monitorización y reposo posterior a la cirugía.

Riesgos más frecuentes:

Cualquier procedimiento tiene riesgos, en el caso de la donación de hígado podría presentarse: Infecciones de herida, urinaria, pulmones o abdomen. Acumulación de líquido en la herida, mala cicatrización de la herida o hernias a nivel de la herida.

Riesgos más graves:

Son menos frecuentes como: Salida anormal de la bilis (fuga biliar). Lo que significa que podría necesitar una nueva cirugía para reparar este defecto., Sangrado dentro del abdomen, pueden ser importantes y tener la necesidad de



transfusión (durante o después a la cirugía) o de una nueva cirugía. Lesiones en el intestino, Infección en la cavidad del abdomen, obstrucción o estrechez de las uniones de las arterias o las venas, problemas en pulmones o corazón, infecciones respiratorias, disminución del funcionamiento del hígado que le queda al donante, inflamación del páncreas o disminución del movimiento normal del intestino. Es importante que conozca que existe el riesgo de fallecimiento durante o después de la operación y que si se presentará una situación así, será atendido por el personal médico de la institución.

Riesgos por su condición de salud:

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones o enfermedades que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Información de interés:

Puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con la donación o no. Aceptar realizar la donación no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan. Deberá acudir a consultas médicas de seguimiento posterior a la donación, al menos por dos años, en el hospital donde se le realizó la cirugía, para continuar valorando su condición de salud.

En caso que el donante no esté relacionado (por consanguinidad o emocionalmente, según lo establecido por la ley 9222 y el reglamento respectivo) con un receptor, es necesario que conozca lo siguiente: El Programa Nacional de Trasplantes determinará, de una única lista de personas en espera de ser trasplantados, quién va a recibir cada órgano o tejido donado. El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor t que, es prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice esta donación, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario.

Dudas planteadas por el paciente:

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:

Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento. Además declaro que, se me ha informado que según lo establecido en la Ley General de HIV/SIDA, para los procesos de donación y trasplante es obligatoria la realización de la prueba de HIV.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento recomendado?	(SI)	(NO)
--	-------------	-------------



¿Acepta que en caso necesario se le trasfunda sangre o alguno de sus componentes? Por las características de esta cirugía es muy frecuente que sea necesario realizar transfusiones para salvaguardar su vida, por lo que si usted no desea la transfusión lo más probable es que el equipo tratante le proponga no ser donante.		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del representante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)			
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)			
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma	Identificación	Fecha