



Información y Consentimiento Informado para Receptor de Corazón

Nombre del procedimiento Receptor trasplante Corazón	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:

Trasplante de corazón, es la operación realizada en pacientes con falla severa del corazón, en quienes se han agotado otras alternativas de tratamiento. Consiste en tomar un corazón de un donante e implantarlo en el paciente. Previo al proceso de trasplante se le realizará: **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.

Cuando se cuente con un posible donante, usted será avisado y **hospitalizado** para completar estudios. Al mismo tiempo, se valoran los requisitos que debe de cumplir el corazón del donador, ya que debe ser compatible para reducir la probabilidad que su cuerpo lo vaya a rechazar. Una vez que el corazón del donante ha sido valorado y es considerado apto, usted será llevado a la sala de operaciones donde se le administra anestesia general e inicia el procedimiento. **La cirugía** se realiza mediante una herida a través del centro del pecho, que permite tener acceso al corazón, las venas y arterias. Se utiliza un sistema de circulación extracorpórea, una máquina que hace el trabajo del corazón y los pulmones mientras se realiza la cirugía, le suministra sangre y oxígeno al resto del cuerpo. A continuación, se extrae el corazón enfermo y el corazón donado se coloca en su sitio; luego, se desconecta la máquina de circulación extracorpórea y la sangre circula a través del corazón trasplantado. Durante el procedimiento puede ser necesario transfundir sangre o sus derivados.

Estará hospitalizado entre 7 y 21 días después del trasplante, los primeros días estará en cuidados intensivos, debido a que necesitará un control cuidadoso para verificar que tenga una buena evolución y que no contraiga una infección, es por esto que sus visitas serán restringidas. El período de recuperación es de aproximadamente 6 meses. Será necesario hacerle chequeos con exámenes de sangre, radiografías ultrasonidos durante muchos años.

En caso de una emergencia durante el procedimiento se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida.

Objetivo y beneficios esperables:

El trasplante de corazón pretende reintegrarlo a sus actividades diarias y prolongar la vida de personas con falla severa en el funcionamiento del corazón, cuando ya no hay otras alternativas para el tratamiento.



Alternativas disponibles:

Cuando existe insuficiencia del corazón como la que usted tiene, la mejor intervención posible es el trasplante. En caso que no se realice el trasplante, la enfermedad continuará con su curso natural, que consiste en el continuo deterioro del corazón enfermo, las alternativas serán tratamiento de soporte, las cuales se podrán incluir en el apartado “observaciones”.

Consecuencias previsibles:

Dolor a nivel del pecho y la herida, además ameritará reposo posterior a la cirugía, así como el uso de medicamentos que disminuyen la función de sistema de defensa (deprimen el sistema inmune) con los efectos secundarios que esta conlleva, lo anterior es para evitar el rechazo del nuevo órgano.

Riesgos más frecuentes:

Cualquier procedimiento tiene riesgos, en el caso del trasplante de corazón podría presentarse: Infecciones de herida, urinaria o pulmón, acumulación de líquido en la herida, mala cicatrización de la herida, sangrados que pueden ser importantes y tener la necesidad de transfusión (durante o después a la cirugía) o de una nueva cirugía.

Riesgos por los medicamentos antirechazo:

Estos pueden ser, aumento del riesgo de infecciones, niveles altos de colesterol, diabetes y adelgazamiento de los huesos, daño a los riñones u otros órganos del cuerpo, desarrollo de tumores.

Riesgos más graves:

Son menos frecuentes como: Fallo del órgano trasplantado, obstrucción de las uniones de las arterias o las venas, coágulos en las venas o las arterias, rechazo del corazón, infarto. 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 personalizados:

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

Información de interés:

Usted 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 le tomen fotografías o videos durante el procedimiento, para ser usado en educación a estudiantes, guardando la confidencialidad necesaria?	(SI)	(NO)
¿Acepta que en caso necesario se le transfunda 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