



## Información y Consentimiento Informado para receptor trasplante de riñón

Nombre del procedimiento: Receptor de trasplante de riñón	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:

El trasplante de riñón consiste en sustituir el riñón enfermo por uno sano, el cual es previamente analizado para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades o de rechazo. Previo al proceso de trasplante se le realizará: **Evaluación médica.** 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 le entrevistarán para determinar su capacidad de tomar decisiones y si cuenta o no con el apoyo social y familiar que le permita tener los cuidados que ameritará después del trasplante.

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 riñón del donador, ya que debe ser compatible para reducir la probabilidad que su cuerpo lo vaya a rechazar. Una vez que el riñón del donante ha sido valorado y es considerado apto, usted será valorado por un especialista antes de la cirugía, de acuerdo a sus enfermedades de fondo y será llevado a la sala de operaciones donde se le administra anestesia general e inicia el procedimiento. **La cirugía** se realiza mediante una herida en el abdomen, por la cual se le coloca el riñón procedente del donante. Para esto se requiere separar cuidadosamente las arterias, las venas y vejiga, posteriormente se unen a los del riñón trasplantado. Estará hospitalizado entre 3 y 10 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. 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:

Este procedimiento pretende mejorar su condición de salud.

### Alternativas disponibles:

Cuando existe insuficiencia del riñón, 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 riñón enfermo. El profesional le explicará y anotará en observaciones las alternativas de tratamiento de soporte como hemodiálisis o diálisis peritoneal.



### **Consecuencias previsibles:**

Dolor a nivel del abdomen y la herida, además ameritará reposo posterior a la cirugía. Estará monitoreado mediante sondas, catéteres, parches, por lo que verá cables y aparatos a su alrededor. Es indispensable el uso de medicamentos que disminuyen la función de sistema de defensa (deprimen el sistema inmune) con los riesgos que esta conlleva. Lo anterior es para evitar el rechazo al nuevo riñón.

### **Riesgos más frecuentes:**

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

### **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, problemas en pulmones o corazón, rechazo del riñón o salida anormal de la orina (Fuga urinaria). 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.

En caso que usted como receptor no esté relacionado (por consanguinidad o emocionalmente, según lo establecido por la ley 9222 y el reglamento respectivo) con un donante, 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, y que es prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que le donen órganos o le realicen esta cirugía, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario.

Combatir el rechazo del órgano trasplantado es un proceso continuo. El sistema inmune considera al órgano trasplantado como una infección y lo combate. Por esta razón, los pacientes con trasplante deben tomar medicamentos para disminuir esta reacción. Usted debe tomar los medicamentos antirechazo por el resto de su vida y seguir las instrucciones cuidadosamente. Es importante que conozca que no hay certeza de obtener todos los beneficios de la cirugía.

### **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 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 de proponga otras formas de abordar su enfermedad.		(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	
<b>En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)</b>			
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha



_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma      Identificación	Fecha
<b>En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)</b>		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.		
_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma      Identificación	Fecha