



## Consentimiento Informado para donante vivo de riñón

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
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:** usted 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). **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**. Esta se puede efectuar mediante dos técnicas distintas; en su caso, la más conveniente es la forma indicada más adelante, en el apartado de observaciones.

- **Cirugía laparoscópica:** mediante pequeños orificios en el abdomen se introducen una pequeña cámara e instrumentos que permiten separar el riñón. Adicionalmente, se hace una herida más grande, que es por donde se extrae el riñón. Durante esta operación, el cirujano puede tomar la decisión de detener la cirugía o bien, de cambiarla de laparoscópica a abierta (abrir el abdomen), según el estado del riñón.
- **Cirugía abierta:** se realiza una herida en el abdomen o la espalda, por la cual se localiza y se saca el riñón.

Para cualquiera de las dos formas es necesaria la aplicación de anestesia general (completamente dormido) y se espera que esté hospitalizado entre 3 y 10 días, según su evolución. 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:** esta cirugía se realiza para extraer un riñón sano de un donador vivo voluntario, con el fin de trasplantarlo a un paciente con enfermedad importante de los riñones, para mejorar su calidad de vida.

**Alternativas disponibles:** al tratarse de una cirugía a la que usted decide someterse de manera voluntaria, la alternativa disponible es no realizarse la cirugía. No tendrá ninguna consecuencia negativa si toma esa decisión.

**Consecuencias previsibles:** puede presentar dolor a nivel del abdomen en la o las heridas, y será necesario tener reposo posterior a la cirugía.



**Riesgos más frecuentes:** cualquier procedimiento tiene riesgos; en el caso de la donación de riñón, los más frecuentes son: infecciones de herida, infección urinaria, acumulación de líquido en la herida, apertura de la herida, mala cicatrización de la herida, hernias a nivel de la herida quirúrgica (en caso de cirugía abierta), sangrados importantes que pueden requerir una transfusión (durante o después a la cirugía) y disminución del movimiento normal del intestino.

**Riesgos más graves:** estos son menos frecuentes e incluyen: lesiones en el intestino, infección en la cavidad del abdomen, coágulos en las venas o en las arterias, problemas en pulmones o corazón, infecciones respiratorias, disminución del funcionamiento del riñón que le queda al donante e inflamación del páncreas. Adicional a esto, es importante que usted conozca que existe riesgo de fallecimiento durante o después de la operación y que de presentarse una situación así, será atendido por el personal médico de la institución.

**Riesgos personalizados:** el profesional le explicará y anotará en las 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 quiere continuar con la cirugía de trasplante o no, sin consecuencias negativas para su persona. Aceptar realizar la cirugía no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

Está prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice la cirugía o para que done órganos, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario. En caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida.

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

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

¿Acepta someterse al procedimiento propuesto?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del representante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	

**Firmas de los testigos:** nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____	_____	_____	_____
Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 2	Firma o huella	Identificación	Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

**Revocatoria:** 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 o intervención que había autorizado.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario o del representante (si procede)	Firma o huella	Identificación	Fecha