



Consentimiento Informado para recepción de trasplante de corazón

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: el 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 el corazón de un donante y colocarlo en el paciente.

Previo al proceso de trasplante se le realizará:

- **Evaluación médica:** se le harán 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 de la cirugía del trasplante.

Cuando se cuente con un posible donante, usted será avisado y **hospitalizado** para completar estudios. Al mismo tiempo, se valorarán los requisitos que debe cumplir el corazón del donador, ya que debe ser compatible para reducir la probabilidad de 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 administrará anestesia general e iniciará el procedimiento. La **cirugía** se realiza mediante una herida a través del centro del pecho, que permite tener acceso al corazón, las venas y las arterias. Se utiliza un sistema de circulación extracorpórea, en el que una máquina hace el trabajo del corazón y los pulmones mientras se realiza la cirugía, suministrándole sangre y oxígeno al resto del cuerpo. Posteriormente, se retira el corazón enfermo y se coloca en su sitio el corazón donado; luego, se desconecta la máquina de circulación extracorpórea y la sangre circula a través del corazón trasplantado. Durante el procedimiento podría ser necesario transfundir sangre o sus derivados. En caso de una emergencia, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida.

En total, usted estará hospitalizado entre 7 y 21 días después del trasplante, y 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, por lo que sus visitas serán restringidas. El período de recuperación es de aproximadamente seis meses. 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.



Objetivo y beneficios esperables: el trasplante de corazón pretende reintegrarlo a sus actividades diarias y prolongarle la vida en caso de 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. De no realizarse el trasplante, la enfermedad continuará con su curso natural, que consiste en el deterioro continuo del corazón enfermo. En este caso, las alternativas serán tratamiento de soporte, las cuales podrán incluirse en el apartado “Observaciones”.

Consecuencias previsibles: posterior a la cirugía presentará dolor a nivel del pecho y de la herida. Además, ameritará reposo, así como el uso de medicamentos que disminuyen la función del sistema de defensa (deprimen el sistema inmune), con los efectos secundarios que esto conlleva; lo anterior con el fin de evitar el rechazo del nuevo órgano.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos; en el caso del trasplante de corazón destacan los siguientes: infección de herida, urinaria o de pulmón, acumulación de líquido en la herida, mala cicatrización de la herida y sangrados importantes que pueden requerir de transfusión (durante o después a la cirugía) o de una nueva cirugía.

Riesgos por los medicamentos antirrechazo: 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 y desarrollo de tumores.

Riesgos más graves: estos son menos frecuentes e incluyen: fallo del órgano trasplantado, obstrucción de las uniones de las arterias o las venas, coágulos en las venas o las arterias, rechazo del corazón e infarto. 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 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.

A partir de una única lista de personas en espera de ser trasplantadas, la Secretaria Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud determina quién va a recibir el órgano donado. El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor.

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 antirrechazo por el resto de su vida y seguir las instrucciones cuidadosamente, para disminuir esta reacción. En general, se debe tener presente que no hay certeza de obtener todos los beneficios de la cirugía.

Está prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice la cirugía o para que le donen 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)
¿Acepta que en caso necesario se le transfunda sangre o alguno de sus componentes? Por las características de esta cirugía es frecuente que se requiera 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 otras formas de abordar su enfermedad.		(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