



Consentimiento Informado para recepción 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: 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 podría 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 valorarán los requisitos que debe cumplir el riñón del donador, ya que debe ser compatible para reducir la probabilidad de que su cuerpo lo rechace. Una vez que el riñón del donante ha sido valorado y considerado apto, usted será valorado por un especialista antes de la cirugía, de acuerdo con sus enfermedades de fondo, y será llevado a la sala de operaciones, donde se le administrará anestesia general (completamente dormido) e iniciará el procedimiento. La **cirugía** se realiza mediante una herida en el abdomen, por la cual se coloca el riñón procedente del donante. Para esto se requiere separar cuidadosamente las arterias, las venas y la vejiga, las cuales posteriormente se unen a las del riñón trasplantado. En caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida. Después del trasplante estará hospitalizado entre 3 y 10 días. 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.

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 de 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 de la herida. Además, posterior a la cirugía ameritará reposo y estará monitoreado mediante sondas, catéteres y parches, por lo que verá cables y aparatos a su alrededor. Por otra parte, para evitar el rechazo del nuevo riñón, es indispensable el uso de



medicamentos que disminuyen la función del sistema de defensa (deprimen el sistema inmune), con los riesgos que esto conlleva.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos; en el caso del trasplante de riñón los más frecuentes son: infecciones de herida, urinaria, pulmón o abdomen, acumulación de líquido en la herida, mala cicatrización de la herida, dolor en el abdomen y sangrados que pueden ser importantes y 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 en las arterias, problemas en pulmones o corazón, rechazo del riñón o salida anormal de la orina (fuga urinaria). Es importante que sepa que también existe riesgo de fallecimiento durante o después de la operación y que de presentarse una situación así, usted 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.

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.

El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor. 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 las 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 trasfunda 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