



Consentimiento Informado para donante vivo de hígado

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: 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, que podría generar reacciones alérgicas) o tomar una biopsia del hígado (en algunos casos se requiere tomar una muestra del hígado que se evalúa para donación, con el fin de determinar el porcentaje de grasa o descartar inflamación; esto se hace a través de la piel, con anestésicos locales, guiado por ultrasonido y por personal especializado).
- **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.
- **Cirugía de donación:** una vez completado lo anterior y si se considera que no hay limitaciones, se procederá a efectuar la cirugía, en la cual se utiliza anestesia general (completamente dormido). Esta cirugía consiste en realizar una herida en el abdomen, por la cual se remueve la parte del hígado necesaria para el receptor y que previamente se ha estimado que es apta para donar. Durante el procedimiento puede ser necesario transfundir sangre o sus derivados. En total, se espera que esté internado de 3 a 10 días, que pueden prolongarse 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 una parte de hígado sano de un donador vivo voluntario, con el fin de trasplantarlo a un paciente con enfermedad grave de ese órgano y mejorar así 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: dolor a nivel del abdomen y de la herida; posterior a la cirugía ameritará monitorización y reposo.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos; en el caso de la donación de hígado los más frecuentes son: infección de herida, urinaria, de pulmones o de abdomen, así como acumulación de líquido en la herida, mala cicatrización de la herida o hernias a nivel de la herida.



Riesgos más graves: estos son menos frecuentes e incluyen: salida anormal de bilis (fuga biliar), sangrado dentro del abdomen, necesidad de transfusión de sangre o de hemoderivados, lesión de estómago, intestino, o colon, inflamación del páncreas, infección de herida, de la cavidad abdominal o de pulmones, enlentecimiento u obstrucción de los intestinos, estrechez u obstrucción del conducto biliar, arterias o venas, o incluso, mal funcionamiento del hígado residual (falla hepática). Podría requerir una reintervención en sala de operaciones o procedimientos endoscópicos o intervencionistas para tratar la complicación. 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 o enfermedades 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)
¿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 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