



6816

Autorización para Trasplante hepático

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. _____ a realizar la siguiente cirugía:

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudando a la realización, y/o llevando a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en la cirugía especificada arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace la cirugía indicada arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con la cirugía propuesta: (i) la naturaleza y el propósito de la cirugía propuesta; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles de la cirugía propuesta, incluyendo el riesgo de que la cirugía propuesta tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii), las alternativas a la cirugía propuesta y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas; y (iv) los riesgos razonablemente previsibles y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si necesitara una transfusión.

Me han informado sobre los datos más recientes del SRTR (siglas en inglés para Registro Científico de Receptores de Trasplantes) del Centro de Trasplante de Hartford Hospital, mi derecho de rehusar el trasplante o el tratamiento y los riesgos específicos asociados con el órgano que voy a recibir.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía, me han informado sobre los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

- Obstrucción o perforación intestinal
- El órgano hepático no funciona
- El órgano hepático funciona mal
- Fuga o estrechamiento del conducto biliar
- Hemorragia
- Necesidad posible de retrasplante y reoperación
- Riesgos de la anestesia
- Necesidad de transfusión de productos de la sangre
- Coágulos en vasos sanguíneos del hígado
- Coágulo sanguíneo en piernas o pulmones
- Enfermedad recurrente en el hígado nuevo
- Muerte
- Neumonía
- Ataque cardíaco
- Infección de la herida
- Infección sistémica
- Acumulación de líquidos

No hay ninguna forma integral de hacer un cernimiento de todas las enfermedades transmisibles en los donantes potenciales y, en ocasiones, se pueden identificar agentes infecciosos, tumores asociados al donante o enfermedades genéticas después del trasplante.

_____ Iniciales del paciente



El Servicio de Salud Pública (2013) ha identificado que hay ciertos órganos que presentan un mayor riesgo de transmitir enfermedades infecciosas cuando se los usa para trasplante. Recibir cualquier órgano donado conlleva el riesgo de recibir un órgano con funcionamiento comprometido y/o la transmisión de enfermedades a pesar de un adecuado cernimiento y de hallazgos negativos. Estas enfermedades infecciosas incluyen, entre otras, al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Hepatitis C (HCV) y Hepatitis B (HBV).

El hígado que le ofrecemos tiene un riesgo aumentado de transmisión de enfermedades debido a los siguientes comportamientos del donante según fueran identificados por el Servicio de Salud Pública. (2013)

No corresponde

- Personas que han tenido sexo con una persona que tiene o se sospecha que tiene infecciones por VIH, HBV o HCV en los 12 meses previos.
- Hombres que han tenido sexo con otros hombres (MSM, por sus siglas en inglés) en los 12 meses previos.
- Mujeres que han tenido sexo con un hombre con antecedentes de comportamiento MSM en los 12 meses previos.
- Personas que informan inyección intravenosa, intramuscular o subcutánea de drogas por motivos no médicos en los 12 meses previos.
- Personas que han tenido sexo a cambio de dinero o drogas en los 12 meses previos.
- Personas que han tenido sexo con una persona que tuvo sexo a cambio de dinero o drogas en los 12 meses previos.
- Personas que han tenido sexo con una persona que se ha inyectado drogas por vía IV, IM o subcutánea por motivos no médicos en los 12 meses previos.
- Personas que han estado en celdas, la cárcel, prisión, o una institución correccional para menores más de 72 horas en los 12 meses previos.
- Personas que recientemente recibieron diagnóstico o tratamiento de sífilis, gonorrea, clamidia o úlceras genitales en los 12 meses previos.
- Personas que han estado en hemodiálisis en los 12 meses previos. **Los donantes que cumplen con este criterio están en mayor riesgo de infección por HCV solamente.**
- Un niño de 18 meses de edad o menos, nacido de madre con infección conocida o en mayor riesgo de infecciones por VIH, HBV, o HCV.
- Niño que ha sido amamantado en los 12 meses previos y cuya madre tiene infección conocida o mayor riesgo de infección por VIH.
- Cuando no se puedan obtener los antecedentes médicos/conductuales o no se puedan determinar los factores de riesgo de un donante potencial fallecido, se deberá considerar que el donante tiene riesgo aumentado de infección por VIH, HBV y HCV debido a que se desconoce su riesgo.
- Cuando la sangre de un donante de órgano potencial fallecido esté diluida (debido a transfusiones o fluidos intravenosos), se deberá considerar que el donante tiene riesgo aumentado de infección por VIH, HBV y HCV debido a que se desconoce su riesgo.
- Enfermedad de Chagas –Viaje reciente del donante o un donante que sea originario de Sudamérica con riesgo de exposición al Tripanosoma Cruzi.



6816

El hígado que le ofrecemos se considera hígado de donante con Criterio extendido por los siguientes motivos:

- Donante de más de 65 años
- Hígado graso – macroesteatosis de más del 30%
- Injerto de hígado segmentado (hígado dividido en 2 segmentos)
- Serología positiva para hepatitis C – NAT negativa
- Serología positiva para hepatitis C – NAT positiva
- Serología positiva para hepatitis B (anticuerpo del núcleo del HBV)
- Cáncer del sistema nervioso central o antecedentes de otros cánceres (no de piel)
- Donantes con incompatibilidad ABO
- Otro (Describe): _____

_____ Iniciales del paciente

Si mi trasplante será de un donante vivo, me han informado y entiendo los riesgos, beneficios y complicaciones específicos de un trasplante parcial de donante vivo.

_____ Iniciales del paciente



6816

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmando que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del tratamiento y/o procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que me han ofrecido responder a todas mis preguntas sobre la cirugía propuesta.

Accedo al uso de anestesia y/o sedación/analgesia según se requiera, y si corresponde, a la eliminación de cualquier tejido que se extirpe.

También autorizo al Hospital y al médico o a los médicos mencionados arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el Hospital elimine todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

Firma de MD/APRN/PA

Nombre en imprenta de MD/APRN/PA

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Nombre en imprenta del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar: _____

Nombre en imprenta del intérprete

Firma del intérprete

Fecha: _____ Hora: _____

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [] PORQUE:

_____ M.D. Fecha: _____ Hora: _____

_____ Testigo Fecha: _____ Hora: _____