

6816

6816

Trasplante Cardíaco
Consentimiento Informado

Por la presente, autorizo al Dr. _____ a realizar un trasplante cardíaco.

El procedimiento de trasplante puede incluir: Ecocardiograma transesofágico (TEE)
 Cierre de PFO (Foramen Oval Permeable)
 Anuloplastia de válvula tricúspide

Me han explicado lo siguiente en conexión con el trasplante cardíaco propuesto:

- 1.) la naturaleza y el propósito del trasplante cardíaco propuesto;
- 2.) los riesgos conocidos y las consecuencias del trasplante cardíaco propuesto, incluido el riesgo de que esta cirugía tal vez no alcance el objetivo deseado;
- 3.) las alternativas al trasplante cardíaco propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas
- 4.) los riesgos razonablemente conocidos y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si yo necesitara una transfusión de sangre que incluyen, entre otros: picazón, fiebres, ronchas; infecciones tales como hepatitis B, C, VIH (aunque se hacen pruebas minuciosas a la sangre esto no se garantiza); así como reacciones del sistema inmune de variada intensidad.

También me han informado, y entiendo, los siguientes riesgos conocidos de un trasplante cardíaco:

- Riesgos de la anestesia
- Insuficiencia renal
- Apoplejía
- Insuficiencia del injerto que requiere apoyo mecánico (dispositivo de asistencia ventricular, balón de contrapulsación, u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO, en inglés))
- Neumonía
- Hemorragia
- Acumulación de líquidos
- Coágulos sanguíneos en piernas o pulmones
- Infección
- Rechazo
- Muerte

Iniciales _____

Me han informado, y entiendo, los datos más recientes del SRTR (Registro Científico de Receptores de Trasplante) del Centro de Trasplante de Hartford Hospital, mi derecho a rehusarme al trasplante o tratamiento y los riesgos específicos asociados con el órgano específico que voy a recibir. Se hace la evaluación y el cernimiento de donantes según la Política de UNOS (Red Unida para Compartir Órganos). No hay ninguna forma integral de hacer un cernimiento de todas las enfermedades transmisibles en los donantes potenciales y, en ocasiones, se pueden identificar y transmitir agentes infecciosos, tumores/ malignidades o enfermedades genéticas asociados al donante después del trasplante. Los resultados de la evaluación y el cernimiento de donantes pueden producir un impacto en su evaluación, cernimiento y manejo postrasplante.

Iniciales _____

Me han informado y 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 durante el trasplante cardíaco. 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.

Iniciales _____

6816

6816

Trasplante Cardíaco Consentimiento Informado

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 corazón 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.

Iniciales _____

6816

6816

- Enfermedad de Chagas –Viaje reciente del donante o un donante que sea originario de Sudamérica con riesgo de exposición al Tripanosoma Cruzi No corresponde

Iniciales _____

Autorización para Trasplante cardíaco

El corazón que le ofrecemos no se considera corazón de donante con criterio estándar por los siguientes motivos:

- No corresponde
- Donante de más de 45 años de edad
- Donante de menor tamaño
- Anomalías del movimiento de las paredes o (fracciones de eyección del ventrículo izquierdo) FE<45%
- Requerimiento de inótopos (medicamentos que mejoran la presión sanguínea)
- Enfermedad de arterias coronarias
- Tiempo potencial desde la extracción hasta el implante de más de 4 horas
- Enfermedad cardíaca estructural (válvulas con fugas, por ejemplo)

El corazón que le ofrecemos es de:

- Un donante de órganos con hepatitis B
- Un donante de órganos con hepatitis C NAT +
- Un donante de órganos con hepatitis C NAT –
- No corresponde

Soy consciente que, además de los riesgos razonablemente conocidos descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han analizado conmigo, pero que no están listados. Afirmo que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del trasplante cardíaco, que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta para cualquiera de mis preguntas sobre el trasplante cardíaco.

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

Iniciales _____

6816

6816

También autorizo al Hospital y al médico o 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.

Nombre en imprenta del paciente/de la persona autorizada

Firma del paciente/de la persona autorizada

Fecha

Hora

Relación

Nombre en imprenta del proveedor que obtiene el consentimiento

Firma del proveedor que obtiene el consentimiento

Fecha

Hora

Intérprete responsable de explicar:

(Intérprete)

Fecha

Hora

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

M.D.

Fecha: _____ Hora: _____

Testigo

Fecha: _____ Hora: _____