

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRASPLANTE CARDIACO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Cirugía de Trasplante Cardíaco**, es una cirugía que consiste en extirpar el corazón y sustituirlos por un corazón procedente de cadáver, se pretende prolongar su sobrevida, mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida.

**El momento** para realizar el trasplante dependerá de la existencia de un órgano donante, que será asignado de acuerdo a las siguientes características: grupo sanguíneo, tamaño, etc., y estado clínico.

En el procedimiento del trasplante intervienen, directa o indirectamente, un elevado número de profesionales sanitarios procedentes de los servicios de Cardiología, Cirugía Cardíaca, Anestesia y Reanimación, Unidad Coronaria, Rehabilitación, y otros servicios, según las necesidades que se planteen.

Para evitar el rechazo del corazón implantado se requerirá la administración de fármacos anti rechazo inmunosupresores que bajarán las defensas frente al desarrollo de infecciones y de tumores.

Tras el trasplante para controlar la evolución, está prevista la realización de biopsias y otras exploraciones de forma periódica, según como el estado clínico lo requiera.

El trasplante requiere la administración de anestesia general, así como la necesidad de usar circulación extracorpórea para mantener el estado cardiorrespiratorio, y de la administración de sangre y hemoderivados, de cuyos riesgos podrán informar los servicios de anestesia y hematología.

Tras el trasplante se requiere ventilación mecánica y estar conectado a un respirador artificial por un tiempo más o menos prolongado.

Cabe la posibilidad de que, durante las maniobras de preparación para la Anestesia, canalización de venas y arterias, implantación de catéter epidural (en la espalda, para el control del dolor) pueda suspenderse la intervención por problemas técnicos del órgano donante; corazón que no

cumplan los requisitos necesarios para garantizar un buen funcionamiento y que no hayan podido detectarse hasta su completa extracción.

Así mismo, excepcionalmente cabe la posibilidad de que el corazón no pueda implantarse por problemas técnicos derivados de sus características anatómicas o funcionales, teniéndose que suspender el trasplante y adjudicar el órgano a otro receptor.

Puede ocurrir que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Poco graves y frecuentes:**

- Arritmias
- Atelectasias

**Poco frecuentes y graves:**

- Sepsis
- Falla del órgano

**Otros:**

1. Existen riesgos derivados de las características del órgano donado, al poderse transmitir Enfermedades ocultas del donante (infecciones y tumores) que no hayan podido detectarse antes de la intervención, así como otras alteraciones que el órgano haya podido sufrir durante el manejo intraoperatorio y que pueden influir directamente en el funcionamiento del corazón implantado y en su supervivencia.
2. Con relativa frecuencia se produce la denominada disfunción primaria del injerto: mal funcionamiento del órgano recién implantado y que puede precisar de medidas de soporte extraordinarias (ventilación mecánica prolongada, Traqueotomía, asistencias ventriculares, oxigenación extracorpórea, etc.) y, excepcionalmente, de un retrasplante.
3. Son frecuentes las infecciones por bacterias, virus y hongos, debido al necesario estado de inmunosupresión al que tendré que estar sometido.
4. También son relativamente frecuentes las complicaciones, Hemorrágicas que pueden requerir re exploración quirúrgica, accidente vascular encefálico, neumonía/infección de herida operatoria, insuficiencia cardiaca/ pulmonar/renal /hepática, problemas del ritmo cardiaco y marcapasos y otras complicaciones no explicitadas pero posibles.
5. A pesar de la medicación para evitar el rechazo, suelen aparecer episodios de rechazo agudo, sobre todo en las primeras semanas, y que normalmente ceden con el aumento de la inmunosupresión; sin embargo, el rechazo crónico, que suele presentarse frecuentemente en los meses o años que siguen al trasplante, no responde satisfactoriamente al tratamiento actual, limitando la supervivencia de los que la padecen y que, en ciertos pacientes, puede requerir un nuevo trasplante.

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, son: Fallecimiento

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO  
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **cirugía de Trasplante Cardíaco,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE TRASPLANTE CARDIACO,** por el Dr.(a) \_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)