

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA TRASPLANTE HEPÁTICO**

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

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

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**

**Su patología hepática es permanente, irreversible y progresiva y que por lo tanto la mejor alternativa terapéutica para ella es: Cirugía De Trasplante Hepático.**

Durante su permanencia en el programa será tratado por un equipo multidisciplinario y no por profesionales específicos aislados, pudiendo ser visto por dos o más médicos cirujanos y ser intervenido por dos o más cirujanos, pertenecientes siempre a la Unidad de Trasplantes.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de 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 u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**1. Riesgos quirúrgicos:**

- Trombosis arterial (5%).
- Trombosis venosa (Trombosis venosa (<5%).
- Dehiscencia biliar (<20%).
- Estenosis biliar (<20%).
- Hemorragia post operatoria (<10%).
- Disfunción 1° del injerto (<10%).

- Rechazo celular agudo (50%).

## **2. Complicaciones perioperatorias (25-30%):**

- Infecciones.
- Colecciones intraabdominales.
- Insuficiencia renal aguda o crónica.
- Neumonía.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Infarto agudo al miocardio.
- Complicaciones neurológicas.

## **3. Complicaciones a mediano y largo plazo:**

- Retrasplante.
- Infecciones.
- Cáncer.
- Insuficiencia renal crónica.
- Rechazo crónico.
- Recurrencia de enfermedad (VHC 5-50%).

## **4. Morbilidad relacionada con inmunosupresión:**

- Infección por citomegalovirus (20%).
- Nefrotoxicidad aguda crónica.
- Microangiopatía trombótica.
- Hipertensión arterial.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Elevación de transaminasasa y bilirrubina.
- Litiasis biliar.
- Hirsutismo.
- Hiperplasia gingival.
- Hiperuricemia.
- Hiperlipidemia.
- Hiperglicemia.
- Temblores.
- Convulsiones.
- Neoplasias.
- Infecciones.
- Anorexia.
- Obesidad.
- Acné
- Trastornos gastrointestinales.
- Gastritis y úlcera péptica.
- Osteoporosis.
- Cataratas.
- Glaucoma.
- Depresión.
- Psicosis.
- Fragilidad capilar (hematomas).
- Reacciones anafilácticas.
- Pancitopenia

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

En consecuencia, ha decidido libre y voluntariamente someterme a las evaluaciones y exámenes que la Unidad de Trasplantes de Clínica Dávila considere conveniente. El tratamiento inmunosupresor que deberá llevar después del trasplante será de por vida y conlleva riesgos y complicaciones.

**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 **Cirugía Trasplante Hepático** 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 TRASPLANTE HEPÁTICO,** 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)