



Consentimiento Informado para  
Tratamiento Quirúrgico de  
Trasplante Cardíaco.

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Trasplante Cardíaco.**

**Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Trasplante Cardíaco.**

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de  
**TRANSPLANTE CARDIACO.**

## INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento el cual consiste en extirpar el corazón y sustituirlos por un corazón procedente de cadáver, se pretende prolongar mi supervivencia, mejorar mi capacidad funcional y mi calidad de vida.
- He sido informado de que el momento de realizarme el trasplante dependerá de la existencia de un órgano donante, que me será asignado de acuerdo a mis características: grupo sanguíneo, tamaño, etc., a mi estado clínico.
- Conozco que 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.
- Así mismo, soy consciente de que para evitar el rechazo del corazón implantado requeriré la administración de fármacos antirrechazo inmunosupresores que bajarán mis defensas frente al desarrollo de las infecciones y de tumores.
- He sido informado de que, tras el trasplante, y para controlar mi evolución, está prevista la realización de biopsias y otras exploraciones de forma periódica, así como cuando mi estado clínico lo requiera.
- El médico me ha advertido que el trasplante requiere la administración de anestesia general, así como la necesidad de usar circulación extracorpórea para mantener mi estado cardiorrespiratorio, y de la administración de sangre y hemoderivados, de cuyos riesgos me podrán informar los servicios de anestesia y hematología.
- Tras el trasplante continuaré con ventilación mecánica conectado a un respirador artificial por un tiempo más o menos prolongado.
- También sé que 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 mis características anatómicas o funcionales, teniéndose que suspender el trasplante y adjudicar el órgano a otro receptor.
- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización,

- Pueden presentarse efectos secundarios y complicaciones, tanto comunes derivadas de toda intervención y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como otras específicas del trasplante.
- 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 mi supervivencia.
- 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 trasplante.
- Son frecuentes las infecciones por bacterias, virus y hongos, debido al necesario estado de inmunosupresión al que tendré que estar sometido.
- También son relativamente frecuentes las complicaciones, Hemorrágicas que pueden requerir re exploración quirúrgica, accidentes 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.
- 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.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una Preparación previa, en ocasiones como:

.....  
Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.



Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación,

Puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el

Alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **TRANSPLANTE CARDIACO.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).