

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Se le va a colocar un nuevo hígado procedente de un donante cadáver en cuanto éste disponible. Ello va a depender de la lista de espera en la que usted va a ser incluido desde este momento si acepta este procedimiento.

La intervención consiste en quitar su hígado enfermo e implantar el del donante en el lecho donde está el suyo y requiere la conexión de sus vías biliares y vasos arteriales y venosos con los del nuevo órgano.

Se hace bajo anestesia general.

Sirve para tratar a las personas que tienen una enfermedad hepática terminal , irreversible y sin posibilidad de curación con otros tratamientos. El 90% de los pacientes trasplantados sobrevive al año y el 75% sobrevive a los 5 años. La calidad de vida suele ser buena, dependiendo de su enfermedad de base.

Los beneficios que se esperan con el trasplante son:

- Detener el progresivo deterioro de su hígado, que puede llevarle a la muerte.
- Obtener un hígado perfectamente funcional.
- Desaparición de los síntomas por descompensación, y así evitar nuevos ingresos.
- Tener una buena calidad de vida que puede llegar a ser normal.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Después del trasplante el paciente debe tomar un tipo de medicación (inmunosupresor) para evitar el rechazo del hígado sano durante toda su vida.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Su enfermedad es avanzada, y puede serlo todavía más cuando esté disponible el hígado para trasplante. Por ello, la repercusión de la cirugía puede ser importante, afectando la función cardiaca, pulmonar y renal.

Esta cirugía es compleja. Los riesgos durante la intervención son altos. Incluyen complicaciones inmediatas e incluso la muerte. Esta cirugía precisa reconexiones complejas entre vasos y de conductos biliares. Por ello también puede aparecer sangrado importante que obligue a transfusiones de sangre o a una nueva intervención.

Por su parte, la medicación con inmunosupresor que tendrá que llevar toda su vida tras el trasplante puede aumentar la incidencia y gravedad de las infecciones, la aparición de tumores y de enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial y la diabetes.

El hígado trasplantado puede no funcionar bien a corto plazo o con el paso del tiempo. Un rechazo precoz podría precisar un nuevo trasplante urgente. En caso de rechazo crónico sería necesario hacer pruebas (biopsia) e intensificar el tratamiento.

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas.

Otros riesgos de la intervención son:

- Contraer una durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante
- .....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

*Alteración de la coagulación de la sangre.*

*La enfermedad hepática producida por el virus de la Hepatitis B o C. puede dañar al hígado, a pesar de que se aplique el tratamiento de prevención.*

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El trasplante hepático es el único tratamiento para la situación actual de su hígado. Ya no puede mejorar con los tratamientos que ha llevado hasta ahora. De no ser trasplantado en un plazo razonable su enfermedad hepática seguirá un curso terminal e irreversible que pone en peligro su vida.

### AUTORIZACIÓN PARA “TRASPLANTE HEPÁTICO”

Yo, D./Dª \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.ª \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Cirugía General  
y Digestiva

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: