

CRITERIO DE ELIGIBILIDAD

Criterio de Elegibilidad para Receptor de Riñón Adulto

I. Indicaciones para Trasplante de Riñón

- a. Todos los pacientes que padezcan de Insuficiencia Renal Crónica que se mantienen con diálisis o están por hacérsela, son considerados para trasplante de riñón a menos de que se excluya de forma específica como se indica a continuación.
- b. Extranjeros – Los pacientes ciudadanos extranjeros (que tienen intenciones de regresar a su país natal) serán considerados cada caso en particular. Todos los pacientes extranjeros deben comprometerse en venir a Fort Worth Texas antes del trasplante y permanecer aquí como mínimo de tres meses después del trasplante. Todos los requerimientos financieros en relación con el hospital y los doctores deben terminarse y ser satisfactorios antes de poder colocar a un paciente en la lista de espera.
- c. Verificación Financiera – Debido a que el proceso de trasplante de riñón es un proceso caro, se verificará que se tengan los recursos financieros disponibles para cobertura de trasplante antes de que se haga cualquier procedimiento previo de evaluación.

II. Contraindicaciones Absolutas para Trasplante de Riñón

- a. Malignidad Activa
- b. Uso activo de drogas ilícitas en el momento de estar en la lista de espera
- c. Psicosis no controlada o sin tratar
- d. Presencia ilegal en los Estados Unidos
- e. Mujeres que estén embarazadas
- f. Uso activo de nicotina en el momento de estar en la lista de espera
- g. Enfermedad cardiovascular severa e irreversible
- h. Enfermedad del Hígado severa e irreversible
- i. Enfermedad pulmonar severa e irreversible (incluido el uso de oxígeno suplementario)

III. Las Contraindicaciones Relativas para Trasplante de Riñón se evaluarán caso por caso en particular

- a. Obesidad mórbida (índice de masa corporal –BMI por sus siglas en inglés- mayor a 35)
- b. Pacientes que tengan problemas documentados de cumplimiento
- c. Anemia de Célula Falciforme Severa
- d. Estatus funcional pobre
- e. Recursos financieros insuficientes
- f. Cuestiones de tipo psicosocial no resueltas

He leído y entiendo el criterio anterior. He realizado todas las preguntas relacionadas con este criterio.

Firma del Paciente: _____ Fecha/Hora: _____

Testigo: _____ Fecha/Hora: _____