


	FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO	 Hospital Clínico MAGALLANES
	<b>TERAPIA SUSTITUCION RENAL          HEMODIÁLISIS</b>	

Solicitamos a usted, lea atentamente este documento para que decida libremente si acepta o rechaza la terapia de sustitución renal.

### INFORMACION GENERAL

- Su médico le ha diagnosticado una enfermedad llamada **Insuficiencia Renal Crónica**, esto significa que sus riñones no realizan su función eficazmente.
- Como consecuencia no se depura (limpia) la sangre de sustancias peligrosas para la vida, ni se producen otras que son imprescindibles.
- Los riñones desempeñan importantes funciones en el organismo: control del balance de entrada y salida de agua, de los niveles adecuados de elementos fundamentales para la vida (sodio, potasio), produce hormonas necesarias para la sangre, el hueso y la presión arterial, y eliminan productos de desecho del organismo.
- Por todo ello no es posible vivir a corto plazo sin un órgano que desarrolla todas estas funciones tan importantes, y por este motivo, usted debe iniciar un tratamiento que se conoce con el nombre de **HEMODIÁLISIS**, tratamiento que reemplaza parcialmente las funciones del riñón.
- Aunque la diálisis no supe totalmente la función de sus riñones puede proporcionarle una calidad de vida aceptable. Por lo general se obtiene una supervivencia prolongada de los pacientes en diálisis, que depende en gran medida de la edad y de las enfermedades asociadas.
- **La Hemodiálisis** se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que actúa de colador sin dejar pasar células ni sustancias grandes. Esta técnica precisa hacer previamente una **Fístula Arterio-venosa** (técnica que debe realizarse en pabellón y consiste en la unión de una arteria y una vena directamente o a través de un tubo por debajo de la piel en el antebrazo o en el codo), a través del cual sale la sangre hacia la máquina, la cual realiza la limpieza de la sangre; una vez depurada se devuelve al paciente. O bien la instalación de un catéter en una vena de calibre grande, principalmente las venas del cuello para proceder a realizar la purificación de la sangre.

El procedimiento dura 4 horas y se realiza **3 veces por semana**, se realiza en el Hospital Clínico Magallanes o en un Centro de Diálisis extra hospitalario. Este tratamiento es de manera permanente, es decir, lo acompañará en el resto de su vida, salvo que tenga opción a trasplante renal.

	FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO	 Hospital Clínico MAGALLANES
	<b>TERAPIA SUSTITUCION RENAL          HEMODIÁLISIS</b>	

**La no inclusión a la terapia de sustitución renal** (cualquiera de sus modalidades) conlleva un riesgo grave para su salud, ya que puede desarrollar complicaciones difíciles de tratar, incluso llegando a la muerte.

#### RIESGOS, COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

- **La Hemodiálisis** suele ser bien tolerada, aunque ocasionalmente pueden aparecer algunos efectos secundarios como hipotensión, mareos, vómitos, calambres, entre otros.
- Además existen **complicaciones derivadas de la instalación y manejo de los catéteres:** algunas frecuentes pero leves como pequeños sangrados o hematomas y otro muy poco frecuente pero más grave como, hemorragias por punción de un vaso de mayor calibre. Una vez instalado el catéter este podrá ser utilizado inmediatamente para su hemodiálisis.
- A largo plazo los catéteres pueden provocar otras complicaciones no menos graves como infecciones, trombosis o estrecheces de dichas venas.
- Ud. Puede optar para estudio de trasplante si la condición personal y médica lo permite, para ello su Doctor será el encargado de orientarlo para una mejor decisión y para la inclusión en dicho estudio.



#### OTRAS ALTERNATIVAS:

Actualmente **no existe una mejor alternativa para su diagnóstico o tratamiento**, por lo que su médico considera que este procedimiento es lo más recomendado en su caso y confía en que el beneficio que obtendrá supera los posibles riesgos o complicaciones, que de presentarse, podrán ser atendidas en nuestra institución, la que dispone de las instalaciones, protocolos de atención y personal calificado para detectarlas y tratarlas oportunamente.

#### Habiendo leído el presente documento y declaro que:

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 puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto perjudique mi atención.

	FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	<b>TERAPIA SUSTITUCION RENAL          HEMODIÁLISIS</b>	

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 (Nombre y apellidos)

Nombre del representante \_\_\_\_\_  
 (Nombre y apellidos)

RUT del representante \_\_\_\_\_ en mi condición de \_\_\_\_\_  
 (Tutor, representante, acompañante)



Declaro que el médico me ha explicado de manera satisfactoria qué es la Terapia de Sustitución renal: \_\_\_\_\_ y las características del mismo, los objetivos y beneficios que tiene su realización y también los riesgos y complicaciones potenciales que se asocian a su ejecución. Igualmente, declaro que he podido hacer preguntas, aclarar dudas y que puedo revocar mi consentimiento antes del procedimiento, sin que esto perjudique mi atención.

\_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido del Médico

\_\_\_\_\_  
 Firma paciente /representante

\_\_\_\_\_  
 Firma del Médico

Punta Arenas, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

	<p>FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <hr/> <p><b>TERAPIA SUSTITUCION RENAL HEMODIÁLISIS</b></p>	 <p>Hospital Clínico MAGALLANES</p>
---	---	---

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos)

Nombre del representante \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos)

RUT del representante \_\_\_\_\_ en mi condición de \_\_\_\_\_  
(Tutor, representante, acompañante)

Revoco el consentimiento dado con fecha \_\_\_\_\_  
y declaro que tras la información recibida, **no acepto ni consiento** que el personal médico realice  
la Terapia de Sustitución Renal: \_\_\_\_\_  
entendiendo y asumiendo los riesgos y complicaciones que se pudieran presentar.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

Punta Arenas, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.