

	FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO	 Hospital Clínico MAGALLANES
	TERAPIA SUSTITUCION RENAL PERITONEODIÁLISIS	

Solicitamos a usted, lea atentamente este documento para que decida libremente si acepta o rechaza efectuarse la Terapia de Sustitución Renal Peritoneodiálisis.

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 **PERITONEODIÁLISIS**, tratamiento que reemplaza parcialmente las funciones del riñón.
- Aunque la diálisis no suple 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, cumplimiento del paciente en asistir a las terapias, medicamentos y dieta.
- En la **Peritoneodiálisis** para la depuración (limpieza) de la sangre se utilizan en este caso las propiedades del peritoneo (una membrana que está en el abdomen y que recubre los órganos del abdomen. Esta membrana hace la función de filtro.
La técnica consiste en introducir un líquido especial en el abdomen que permanece durante un tiempo para que pasen de la sangre al líquido el exceso de agua y de sustancias indeseables.
El líquido se renueva periódicamente, 3-4 veces/día en la forma manual (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) y de forma automática durante la noche (Diálisis Peritoneal Automática con máquina). Para la entrada y salida del líquido hay que colocar previamente en la cavidad peritoneal un tubo flexible (catéter de peritoneo) que se realiza habitualmente con anestesia local o general en pabellón.
La peritoneodiálisis es sencilla de realizar, puede aprenderla fácilmente en pocos días y la puede hacer Ud. mismo o un familiar responsable en su domicilio. Las complicaciones por lo general son leves e incluyen estreñimiento, molestia de espalda, molestia abdominal a la entrada o salida del líquido.

	FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO	 Hospital Clínico MAGALLANES
	TERAPIA SUSTITUCION RENAL PERITONEODIÁLISIS	

Algunas peritonitis excepcionalmente graves o el deterioro de la función del peritoneo pueden hacer necesaria la suspensión de la técnica y su inclusión en otro tratamiento alternativo como la hemodiálisis.

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 llegar a la muerte.

RIESGOS, COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

- En **Peritoneodiálisis** pueden presentarse algunas complicaciones leves como son: digestiones pesadas, estreñimiento, molestia de espalda, molestia abdominal a la entrada o salida del líquido o hernias. Complicaciones menos frecuentes pero graves de la técnica de **Peritoneodiálisis** son las infecciones: Infección del orificio del catéter y Peritonitis (infección de la cavidad peritoneal), aunque son controlables en la mayoría de los casos con tratamiento antibiótico y sin abandonar la técnica.
- Además existen **complicaciones derivadas de la instalación y manejo del catéter de peritoneodiálisis**: algunas frecuentes pero leves como pequeños sangrados o hematomas y otras muy poco frecuentes como perforación de algún tramo del intestino.
- 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.

OTRAS ALTERNATIVAS:

Actualmente no existe una mejor alternativa para su diagnóstico o tratamiento, por lo que su médico considera que la terapia de sustitución renal peritoneodiálisis 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, 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	
	TERAPIA SUSTITUCION RENAL PERITONEODIÁLISIS	

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 o representante

Firma del Médico

Punta Arenas, ____ / ____ / ____.

	FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA SUSTITUCION RENAL PERITONEODIÁLISIS	
---	---	---

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, ____ / ____ / ____.