

Enfermedad Renal Crónica Avanzada

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECCIÓN DE TÉCNICAS DE DIÁLISIS

Estimado/a D/Dña.....

Su médico le ha diagnosticado una enfermedad llamada Enfermedad Renal Crónica Avanzada, esto significa que sus riñones están dañados de forma irreversible y no funcionan eficazmente. Como consecuencia no se depura la sangre de sustancias peligrosas para la vida, ni se producen otras que son imprescindibles.

Como puede comprender no es posible vivir sin un órgano que desarrolla estas funciones tan importantes. Por este motivo su médico cree que Vd. debe iniciar alguno de los distintos tratamientos que se conocen con el nombre general de **DIÁLISIS**. Hay varias técnicas de diálisis para suplir parcialmente las funciones de sus riñones. El **TRASPLANTE** es otra alternativa para conseguir los mismos fines, que en determinados casos puede realizarse antes de entrar en diálisis. Su médico le va a informar sobre su situación concreta respecto al trasplante. Aunque la diálisis no suple totalmente la función de sus riñones puede proporcionarle una buena calidad de vida. En nuestro medio se obtiene una supervivencia prolongada de los pacientes en diálisis, que depende en gran medida de la edad y de las enfermedades asociadas.

La diálisis es el tratamiento definitivo para los pacientes que en virtud de sus características personales no pueden recibir un trasplante de riñón. Para aquellos que pueden ser incluidos en la "Lista de Trasplante" de donante cadáver o tengan un riñón procedente de donante vivo (en los supuestos que contempla la legislación vigente), es un tratamiento "puente". La inclusión en dicha Lista de Trasplante puede precisar la realización de varias pruebas diagnósticas adicionales que le explicará su médico.

Previamente a su inclusión en un programa de diálisis debemos informarle de las modalidades de este tratamiento, para que Vd. de forma consciente y debidamente informada decida el tipo de tratamiento en función de sus preferencias y de su forma de vida. En aquellos casos en que exista, por sus características personales, indicación precisa de una determinada modalidad de diálisis, su médico le indicará cual es la alternativa que estima más adecuada. En la Comunidad de Madrid existen dos modalidades de Diálisis: Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. Las dos son igual de buenas. Si su centro no dispone de alguna de ellas, su médico le facilitará una consulta con otro centro que si la tenga, para que pueda conocerla. Si finalmente esa le parece más adecuada, podrá recibir dicho tratamiento en ese centro

Hemodiálisis se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que limpia la sangre de toxinas. Es preciso hacer previamente una Fístula Arterio-Venosa en quirófano (pequeña operación en el antebrazo o en el brazo, habitualmente con anestesia local, y que consiste en unir una arteria y una vena, directamente, o a través de un tubo por debajo de la piel). Para pasar la sangre por el "filtro" hay que pinchar dos agujas en esta fístula, una de entrada y otra de salida. Si antes de disponer de una fístula arteriovenosa precisara diálisis con urgencia, puede hacerse a través de un catéter temporal o permanente en una vena central. Normalmente la hemodiálisis precisa de 3-5 horas, un mínimo de tres veces por semana.

La Hemodiálisis suele ser bien tolerada aunque ocasionalmente pueden aparecer efectos secundarios: algunos frecuentes pero poco graves, como náuseas, vómitos, dolor de cabeza, hipotensión, calambres, hematomas o pequeñas pérdidas de sangre por los puntos de punción o por rotura del dializador. Y otros muy poco frecuentes pero más graves como rotura de glóbulos rojos de la sangre (hemólisis), reacciones alérgicas severas, alteraciones cardíacas como arritmias, angina de pecho, o accidentes cerebro-vasculares. Estas últimas podrían llegar a poner en peligro su vida de forma muy excepcional. Otras complicaciones pueden derivarse de la trombosis de la fístula o de un malfuncionamiento o infección del catéter. La hemodiálisis se puede hacer en el Hospital o en un Centro de Diálisis extrahospitalario. Existe la posibilidad de que Vd. realice esta técnica en su domicilio después de haber recibido la

formación adecuada durante el tiempo suficiente a cargo de personal especializado, estando incluidos todos los gastos de instalación y diálisis entre las prestaciones de la Sanidad Pública.

Diálisis Peritoneal: Para la depuración de la sangre se utilizan en este caso las propiedades del peritoneo (una membrana que está en el abdomen y que de forma natural recubre los intestinos). 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 las sustancias que queremos eliminar. El líquido se renueva periódicamente, 3-4 veces/día en la forma manual (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) o 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. La colocación se realiza habitualmente con anestesia local. La diálisis peritoneal es sencilla de realizar, puede aprenderla fácilmente en pocos días y la puede hacer Vd. mismo en su domicilio.

Esta técnica tiene una buena tolerancia aunque puede haber también algunas complicaciones leves como son: digestiones pesadas, estreñimiento, dolor de espalda, dolor abdominal a la entrada o salida del líquido o hernias. Complicaciones menos frecuentes pero más graves de esta técnica son las infecciones: Infección del orificio del catéter o infección de la cavidad peritoneal, aunque son controlables en la mayoría de los casos con tratamiento antibiótico, sin abandonar la técnica y de forma ambulatoria. Algunas peritonitis excepcionalmente graves o el deterioro de la función del peritoneo pueden hacer necesaria la suspensión de la técnica y su paso al tratamiento alternativo de hemodiálisis.

Existe una asociación de enfermos renales (ALCER Madrid) que puede asesorarle, darle soporte psicológico o completar la información que precise desde el punto de vista del enfermo. (www.alcermadrid.org ; Tfno: 915740298)

RIESGOS PERSONALIZADOS (Especificar riesgos particulares en alguna de las técnicas para Vd.)

.....
.....

Ambas técnicas son igualmente eficaces y no son excluyentes entre sí. Sea cual sea la modalidad que Vd. elija no será una elección definitiva. Se mantiene abierta la posibilidad de que Vd. cambie de modalidad de diálisis si cree que la elegida no le va bien o si su médico aprecia que no está recibiendo un tratamiento adecuado o suficiente.

Si los riñones han dejado de funcionar y no acepta la entrada en diálisis, es de esperar la muerte a corto o medio plazo. En caso de no aceptar la diálisis que se le propone, seguirá recibiendo cuidados y tratamiento (sin diálisis), que tratara de paliar en lo posible las consecuencias de esta enfermedad.

Si tiene alguna duda sobre su enfermedad o sobre la elección del tratamiento de diálisis su médico y/o enfermero se la aclarará gustosamente.

En cumplimiento de la **Ley de protección de datos de carácter personal** (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre) ponemos en su conocimiento que la información obtenida en la asistencia sanitaria a su persona ha sido incorporada para su tratamiento a un fichero automatizado. Asimismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad, el estudio epidemiológico, científico y docente, respetando en todo momento su anonimato. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la ley.

Finalmente **La Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las Voluntades Anticipadas en el Ámbito de la Sanidad** incluye un conjunto de documentos en los cuales el paciente detalla sus deseos con respecto a su proyecto vital. Puede consultar con su médico información adicional sobre esta Ley.

Declaraciones y Firmas

PACIENTE

El médico Dr..... me ha explicado satisfactoriamente los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto. He sido informado asimismo de las alternativas de tratamiento con su eficacia y efectos secundarios, y de las posibles consecuencias que supone rechazarlo. Conozco la información contenida en este documento y se me ha permitido hacer las preguntas que he estimado oportunas. **He comprendido todo lo anterior y doy mi consentimiento para iniciar tratamiento con DIÁLISIS PERITONEAL/ HEMODIÁLISIS*. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y sin perjuicio de mi cuidado médico posterior.**

El paciente (nombre y dos apellidos). DNI.....

Firmado 2 copias

Fecha.....

*Táchese lo que no proceda

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Sé que el paciente D.....

- ☐ Delega su responsabilidad en mi
- ☐ No es competente para decidir en este momento
- ☐ Desea libremente, ante testigos, compartir conmigo su decisión, sin menoscabo de la confidencialidad que el caso requiera.

El médico Dr..... me ha explicado satisfactoriamente los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto. He sido informado asimismo de las alternativas de tratamiento con su eficacia y efectos secundarios, y de las posibles consecuencias que supone rechazar este tratamiento. Conozco la información contenida en este documento y se me ha permitido hacer las preguntas que he estimado oportunas. **He comprendido todo lo anterior y doy mi consentimiento para iniciar tratamiento con DIALISIS PERITONEAL /HEMODIÁLISIS*. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y sin perjuicio de mi cuidado médico posterior.**

Tutor legal o familiar (nombre y dos apellidos).....

Firmado

DNI.....

Fecha.....

*Táchese lo que no proceda

MÉDICO RESPONSABLE

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar del propósito y naturaleza del tratamiento con diálisis así como de sus beneficios, riesgos y alternativas.

Firmado:

Fecha.....

NEGATIVA PARA LA PRÁCTICA DE LA DIÁLISIS

Don/Dña.....manifiesto, que he sido informado por el Dr/Dra.....en fecha..... de los procedimientos de diálisis así como de los beneficios y riesgos que se esperan de su aplicación e igualmente de las consecuencias que se derivarán de su no realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas. **Declarando mi negativa** para que se practique el procedimiento arriba mencionado, asumiendo las complicaciones que de esta decisión puedan derivarse.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....DNI nº.....en calidad de.....

Firma del paciente o persona autorizada.

Fecha.....

Si Vd. Reconoce haber recibido una información adecuada y acepta entrar en un programa de diálisis, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique, por favor, los motivos de esta decisión.

.....
.....
.....

Nombre y firma del testigo.....

Nombre y firma del médico.....