

TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- En qué consiste: usted tiene una enfermedad por la que sus riñones no realizan su función eficazmente, lo que puede ser reversible o permanente. Los riñones desempeñan importantes funciones en el organismo: controlando el balance de entrada y salida de agua, los niveles adecuados de elementos fundamentales para la vida (sodio, potasio...), eliminando productos de desecho del metabolismo, y produciendo hormonas necesarias para la sangre, el hueso y el control de la tensión arterial. 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 suplente parcialmente las funciones del riñón. En función de la evolución de su enfermedad este tratamiento puede realizarse de forma temporal o permanente, en el caso de que no pueda recuperar su función renal.
- Cómo se realiza: durante las sesiones, su sangre pasará por una máquina o riñón artificial que elimina los líquidos, tóxicos y productos de desecho del organismo, que en condiciones normales deberían ser eliminados por la orina, para luego volver a introducir la sangre ya depurada en su organismo. Antes de iniciar este proceso, es imprescindible disponer de un acceso vascular para poder extraer la sangre, bien mediante la colocación de un catéter temporal en una vena central o bien a través de una fístula arterio-venosa, si dispusiese de ella.
- Cuánto dura: la duración del procedimiento es variable, habitualmente entre 2 y 4 horas de media, y se realiza varias veces en semana, según lo precise, y se mantendrá mientras no recupere la función de sus riñones. No obstante, la duración del tratamiento puede modificarse en función de sus necesidades, dependiendo del resultado de sus análisis, de sus síntomas clínicos y de la evolución de su enfermedad.

2. Qué objetivos persigue: eliminar del organismo sustancias del metabolismo, que debido a que los riñones no funcionan correctamente no serían eliminados por los mecanismos normales.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

- Frecuentes: se deben a la extracción rápida de los productos de desecho y líquidos sobrantes, que pueden provocar dolores de cabeza, vómitos, cansancio, calambres, mareos y bajadas de la presión arterial. En general estas manifestaciones son poco importantes, suelen ser más frecuentes en las primeras sesiones y mejoran con el tiempo.
- Excepcionales: están influidos por la gravedad de la enfermedad renal de base y son menos frecuentes:
 - Cardiovasculares: alteraciones del ritmo cardíaco, isquemia cardíaca (fallo en la irrigación del tejido cardíaco), parada cardiorrespiratoria.
 - Neurológicos: infarto o hemorragia cerebral, coma, convulsiones.
 - Respiratorias: embolia pulmonar (formación de trombos en las venas, que posteriormente se sueltan y

llegan al pulmón a través de la circulación), insuficiencia respiratoria.

2. Riesgos personalizados: además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones:

3. Beneficios del procedimiento: eliminar de la sangre sustancias tóxicas y/o el exceso de volumen de su organismo, mejorando al mismo tiempo su sintomatología

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

En este momento, el tratamiento médico no ha hecho efecto en su caso, por lo que la Hemodiálisis es la única alternativa. Si no se aplica este procedimiento, lo más probable es que el deterioro de su función renal le lleva a la muerte en un plazo corto de tiempo.

En el caso de que su enfermedad sea crónica y la necesidad de suplir la función de los riñones sea permanente, existe la posibilidad de realizar el tratamiento de diálisis en su domicilio (mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis), o recibir un trasplante renal si en su caso está indicado.

DECLARACIONES Y FIRMAS

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

En el caso de que se produzca un Accidente con Riesgo Biológico (exposición accidental a material biológico con mi sangre y/o fluidos orgánicos) de un trabajador durante el procedimiento o la intervención quirúrgica que se me va a practicar, doy mi consentimiento, para que: Me realicen una extracción sanguínea para la determinación de serología de virus de la Hepatitis B, virus de la hepatitis C y virus de la Inmunodeficiencia Humana, según el protocolo de actuación específico implantado en este Hospital. Los resultados de dicho análisis serán incluidos en su Historia Clínica personal y, junto con el resto de sus datos, estarán protegidos con la debida confidencialidad.

Sé que estoy siendo atendido en un Hospital Universitario. Autorizo SI ☐ NO ☐ , el uso de material gráfico o biológico resultado de la intervención, el cual puede ser susceptible de ser almacenado y usado, con fines docentes y científicos

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

D/Dª	DNI:
------	------

En Calidad de: Paciente ☐ Familiar ☐

Firmado:

En Madrid,

MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE

Dr./Dra.

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/Dª	DNI
------	-----

En Calidad de: Paciente ☐ Familiar ☐

FIRMAS	
El paciente/Representante En Madrid:	El Médico Responsable
SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN :	
FIRMAS Nombre y Firma del Testigo:	
El Médico Responsable En Madrid:	

El apartado "Declaraciones y Firmas" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es el Hospital Universitario de "LA PRINCESA", cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Avenida de la Castellana, 280. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en C/ Diego de León, 62 Madrid 28006, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es.