



ID PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID EPISODIO: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO para tratamiento de Diálisis Crónica

**Nombre y Apellido del Paciente:**.....  
**Tipo de Documento:** ..... **Nº**.....  
**Centro de Diálisis:** .....  
**Domicilio:**.....

**Internado en:**.....  
**Fecha y Hora de la Firma:** .....  
**Fecha y Hora de Entrega:** .....

Estimado paciente:

El Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

**Un consentimiento informado** es el permiso que otorga el paciente o su familia para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

**No firme** sin antes recibir las respuestas necesarias.

### Expresión de Consentimiento Informado para Diálisis en Pacientes Crónicos:

Luego de haber sido suficientemente informado/a por el Dr./a.....  
respecto de:

**1.** El diagnóstico de.....  
efectuado con la información que se ha podido obtener.

**2.** Soy consciente que sufro de una **enfermedad renal** que requiere reemplazar la función que deberían realizar mis riñones. La enfermedad no me permite que mis riñones funcionen como deberían hacerlo para eliminar impurezas y desechos de mi sangre.

**3.** El equipo médico me ha explicado que el procedimiento para reemplazar la función de los riñones son los siguientes:

**4. La Hemodiálisis:** tratamiento con riñón artificial, que implica el pasaje de la sangre a través

## CONSENTIMIENTO INFORMADO para tratamiento de Diálisis Crónica

de un dispositivo especial, el filtro de diálisis o riñón artificial propiamente dicho, que actúa eliminando las impurezas o tóxicos y el exceso de líquidos que se acumulan en el organismo. Este tratamiento se realiza en el centro de diálisis, con una periodicidad y duración que se indica en cada caso.

**5. La diálisis peritoneal:** la eliminación de las impurezas o tóxicos y el exceso de líquidos que se acumulan en el organismo se realiza con el cambio de líquidos dentro del abdomen. Este tratamiento se administra por el propio paciente o un familiar, después de haber sido convenientemente entrenado por el equipo tratante.

**6.** Entiendo que cualquier **tratamiento de diálisis crónica no curará ni evitará la progresión de la enfermedad, no evitará** la progresión o la aparición de otras enfermedades, relacionadas o no con el procedimiento.

**7.** Con el tratamiento propuesto se ofrece sustituir **algunas** de las funciones (**no todas**) que los riñones ya no pueden realizar. Con esta terapia existen alternativas que incluyen:

**8. Trasplante renal:** con donante vivo relacionado (familiares donantes) o donantes cadavéricos, para este último el Centro indicará los pasos para la inscripción en la lista de espera del **INCUCAI**. La realización de un trasplante renal requiere que el paciente se realice estudios adicionales.

**9.** Negativa a recibir o continuar el tratamiento sustitutivo (**que es el derecho que posee todo ser humano de libre elección y autodeterminación**). Entiendo que esta última opción involucra riesgo de muerte ya que no es posible la vida por debajo de un límite de función renal sin reemplazar por alguna modalidad del tratamiento de reemplazo de la función renal.

**10.** Entiendo que cada modalidad tiene sus **indicaciones, ventajas, riesgos y consecuencias**.

**11.** Me han informado que para la realización de hemodiálisis debe practicarse la implantación de uno o más accesos vasculares, condicionados a la urgencia del requerimiento y a las condiciones del paciente. Estos accesos vasculares tienen una duración que depende de varias condiciones entre las cuales se destacan el cuidado que le brinde el paciente y el equipo tratante, así como las enfermedades contaminantes, el estado de las arterias y venas del paciente. Los accesos vasculares se realizan en las venas de los pacientes para permitir un flujo de sangre que permita llevar a cabo la tarea de depuración de la sangre en un tiempo aceptable. Este procedimiento requiere de una intervención quirúrgica.

**12.** Habitualmente la **hemodiálisis** requiere que la sangre circule a través del filtro de diálisis (**riñón artificial**). La sangre se extrae y devuelve al paciente por medio de dos agujas que se colocan en el acceso vascular, y la conexión se completa con un sistema de tubuladuras.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO para tratamiento de Diálisis Crónica

**13.** También me han informado que para la realización de la diálisis peritoneal se implantará un catéter peritoneal que requiere del cuidado del paciente, y que algunos pacientes precisan la ayuda de un equipo (Cicladora) que facilita los cambios de líquidos peritoneal durante la noche.

**14.** Ocasionalmente pueden necesitar transfusiones de sangre, en cuyo caso el equipo tratante me advertirá con la anticipación posible y se **tomarán** todos los recaudos para evitar la transmisión de **enfermedades infectocontagiosas** de acuerdo a las leyes vigentes. La transfusión será realizada por un homoterapeuta debidamente habilitado.

**15.** También me han informado la existencia de ciertos riesgos asociados con estos procedimientos sustitutivos.

**16.** La posibilidad de sufrir la infección en el lugar de punción sobre la fístula o en el sitio de la entrada del catéter de doble lumen o de diálisis peritoneal.

**17.** Una mayor predisposición, por la disminución de las defensas que habitualmente acompaña la enfermedad renal y las características de los tratamientos, a padecer enfermedades provocadas por diferentes organismos infecciosos como virus, bacterias y hongos.

**18.** La posibilidad de pérdidas de sangre o complicaciones con el circuito de hemodiálisis que la misma sangre recorrerá por fuera de mi cuerpo (**agujas, tubuladuras y filtro**).

**19.** La posibilidad de sufrir peritonitis con cierta frecuencia en la diálisis peritoneal.

**20.** Tomo conocimiento que es práctica habitual de los centros de diálisis reusar los dializadores, de acuerdo a la **ley de diálisis N° 22.853**, para lo cual se cumple los procedimientos técnicos adecuados.

**21.** Comprendo que es necesarios que como paciente renal crónico de diálisis debo cumplir ciertas restricciones con respecto a la ingesta de alimentos, líquidos y otras sustancias como medicamentos. Es responsabilidad de paciente cumplir las indicaciones dadas por los profesionales que me atienden (equipos de diálisis) para evitar las posibles complicaciones resultantes del no-cumplimiento de dichas indicaciones. Comprendo la importancia de cumplir **con la medicación** y las **dosis adecuadas de diálisis**, dosis que puede variar con el tiempo y la situación clínica y que implica una estrecha relación con el **“tiempo” de duración (en horas)** y la cantidad de sesiones de hemodiálisis, la cantidad de cambios del líquido peritoneal y otras variables técnicas de los procedimientos. Me comprometo a seguir estrictamente las indicaciones que me hagan los profesionales que me tratan, reconociendo, tal como se me han explicado detalladamente, que la falta de cumplimientos de las mismas puede significar la aparición en el corto, mediano o largo plazo de complicaciones relacionados

## CONSENTIMIENTO INFORMADO para tratamiento de Diálisis Crónica

directamente con dosis insuficiente de tratamiento y que ello implica un grave riesgo para mi evolución clínica y un mal pronóstico para mi calidad de vida y expectativa de vida. El paciente es responsable de las consecuencias que pudieran ocurrir como resultado del incumplimiento de las indicaciones realizadas por el equipo asistencial.

**22.** Me comprometo a notificar inmediatamente a mi médico o equipo tratante cualquier efecto extraño, reacción adversa o problemas que pudiera padecer y que pudieran o no estar relacionados con estos tratamientos.

**23.** Entiendo los motivos y autorizo a realizar todos los estudios de laboratorio, de rutina y especiales, que el equipo tratante considere necesario y con la frecuencia que dicten las normas de servicio, para controlar mi evolución clínica e investigar la presencia o ausencia de serología virales como las del **HIV-SIDA (Ley 23.798, Art. 6)** y distintas **variedades de hepatitis**.

**24.** Comprendo la necesidad de observar buen comportamiento en el centro y me comprometo a ser solidario con “mis compañeros” de tratamiento y los responsables de la Dirección de este Centro de Diálisis. Me comprometo a respetar y acatar las indicaciones que ante imprevisto, urgencias o pedidos que me pudieran surgir.

Entendiendo perfectamente que las sugerencias o pedidos que me pudieran hacer no perjudicarán mi tratamiento o intentarán evitar males mayores para mí, el resto de los pacientes o el funcionamiento del centro teniendo en cuenta que primará siempre el sentido del bien común.

**25.** También me notifico y acepto que por “razones de servicio” pueden surgir cambios en el funcionamiento del centro de diálisis y que ello implicaría la necesidad de eventuales modificaciones en los horarios o días de mi tratamiento de hemodiálisis. Me comprometo a aceptar esos cambios, siempre y cuando los mismos no signifiquen un considerable trastorno o pudieran **perjudicar en la actividad o trabajo** que pudiera estar desarrollando.

**26.** Tengo conocimiento y reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que ninguna persona de este equipo de médico tratante me ha dado ninguna garantía, expresa o insinuada, de curación, resultando exitoso que excedan las posibilidades de estos tratamientos y que más aún, se puede esperar cierta incomodidad y síntomas persistentes o agregados de la enfermedad.

**27.** Asimismo, reconozco que me han informado que el paciente tiene la posibilidad de elegir libremente tanto a su médico tratante como el Centro de diálisis, así como modificar la elección inicial de la modalidad lugar de tratamiento en el momento que lo considere oportuno. Algunos sistemas de cobertura como ser planes asistenciales de los Ministerios o Secretarías de Salud provinciales o nacionales, Obras Sociales o Empresas de Prepaga tienen convenios con algunos prestadores según lo muestran en sus respectivas cartillas.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO para tratamiento de Diálisis Crónica

Reconozco que he tenido la posibilidad de leer este formulario disponiendo del tiempo que necesité, que comprendo todo lo anterior por haberlo consultado con quienes lo creí convenientes, que he formulado las preguntas que considere necesarias con respecto a los tratamientos propuestos y que me han preferido que puedo realizar más preguntas cuando lo considere necesario durante todo el curso del tratamiento, acerca de los aspectos que aquí fueron descriptivos como de cualquier tema vinculado a mí tratamiento. Doy mi pleno consentimiento para que el equipo tratante del centro de diálisis administre el tratamiento de diálisis y los cuidados y tratamientos complementarios que pueda requerir para mi más efectiva y correcta atención.

.....  
**Firma del Paciente**

.....  
**DNI – Aclaración**

.....  
**Firma de un familiar**

.....  
**DNI – Aclaración**

.....  
**Firma del Médico**

.....  
**DNI – Aclaración**

.....  
**Firma de otra Persona Independiente**

.....  
**DNI – Aclaración**

(\*) Conforme Art. 59 del Código Civil y Comercial de la Nación y Ley de Derechos del Paciente 26529, art. 6° modificado por Ley 26742: En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido).

- a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida;
  - b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - c) Cualquiera de los padres;
  - d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - f) Cualquiera de los abuelos;
  - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
  - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
  - i) El representante legal, tutor o curador;
- El vínculo deberá ser debidamente acreditado.