



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Para iniciar o continuar la diálisis peritoneal es imprescindible colocar un catéter (tubo de material plástico) en su abdomen ya que el catéter es el único camino posible para que el líquido de diálisis entre y salga de su organismo y se pueda tratar su insuficiencia renal.
2. **¿Cómo se realiza?:** El procedimiento más habitual consiste en la realización, bajo anestesia local, de una pequeña incisión cerca del ombligo, a través de la cual se introducirá el catéter. La parte interna del catéter, llamada porción intraperitoneal, se deja situada en el interior del abdomen, para permitir la entrada y salida de líquido a través de sus pequeños orificios. La porción externa del catéter puede salir directamente o en ocasiones atravesar un pequeño túnel subcutáneo que fija el catéter para evitar su desplazamiento y reducir la posibilidad de infección.

Existen diferentes modelos de catéteres. Sus médicos elegirán el que consideren más conveniente para usted. También existen diferentes técnicas de colocación del catéter, según las características del abdomen y de la propia experiencia de cada centro. Sus médicos le informarán en caso necesario.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** En casos excepcionales puede aparecer sangrado o infección, tanto de la zona donde se implante el catéter como del interior del abdomen. Para prevenir estos problemas revisaremos la coagulación de su sangre y pautaremos antibióticos antes de la intervención. En los primeros 3 días tras la intervención puede notar las lógicas molestias de la herida quirúrgica que mejorarán con la analgesia que le indique su especialista. Durante el primer mes puede notar molestias ocasionales en la zona baja del vientre, sobre todo si el catéter es del tipo autoposicionante, con un peso en su extremo final. Estas molestias mejoran con analgesia y desaparecen tras iniciar la diálisis.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Hasta el inicio o reinicio de la diálisis deberá acudir a la unidad de diálisis peritoneal cada 7-21 días para lavar el catéter y asegurar que no se obstruye. Será informado sobre los cuidados de la herida quirúrgica y precauciones para su aseo personal hasta que haya cicatrizado. En el momento adecuado se retirarán los puntos o grapas de la herida y le enseñaremos como cuidar la salida del catéter y como realizar la diálisis.

Por otra parte podría ser necesario retirar el catéter una vez insertado. Si hay una infección es muy peligroso no retirar el catéter, pudiendo incluso poner en peligro su vida. Si no retiramos el catéter cuando no funciona (obstrucción o desplazamiento) o cuando ya no tiene utilidad (trasplante o paso a hemodiálisis) más adelante puede producirse una infección de la piel o incluso del interior del abdomen (peritonitis) y, suponiendo que el catéter funcione, con el tiempo se obstruirá y dejará de funcionar. Una complicación grave pero extremadamente infrecuente es la muerte al realizar esta técnica.

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La diálisis peritoneal no podrá llevarse a cabo, por lo que su vida correrá peligro salvo que decida realizar hemodiálisis (si es que ésta es posible o recomendable en su caso).
6. **Alternativas:** Inserción de un catéter de hemodiálisis (transitorio o permanente), o bien realización de una fístula arteriovenosa, en caso de que sea necesario iniciar el tratamiento sustitutivo renal en breve. La posibilidad de recibir un trasplante renal como primera alternativa de tratamiento es muy excepcional en el momento actual, y depende de la inclusión en una lista de espera para recibir un riñón adecuado a sus características.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son

8. DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

- Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____