

## **ESTUDIO PRE TRASPLANTE RENAL**

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) corresponde a una situación clínica derivada de la pérdida de la función renal en forma progresiva y permanente que puede originarse en diferentes enfermedades, esta da síntomas tardíos: decaimiento, baja de peso, inapetencia, náuseas y a veces hinchazón de las piernas, en otras ocasiones se puede detectar por la presencia de hipertensión severa o de difícil control o como un hallazgo en examen de laboratorio.

Existen diferentes alternativas de tratamiento de ERC los cuales no curan la enfermedad pero mejoran sus molestias y complicaciones, favoreciendo su rehabilitación y mejorando su calidad de vida. Cada una de estas terapias tiene diferentes riesgos y complicaciones.

Se dispone de tres tipos de procedimientos:

**1. Hemodiálisis:** es la técnica más utilizada para el tratamiento de la ERC, posibilita un cambio rápido de solutos (toxinas) de su sangre así como el exceso de agua corporal. Es un procedimiento que se realiza en un centro de Diálisis en forma intermitente (tres veces por semana ideal cuatro horas por vez) a través de un filtro y una bomba que es la máquina de hemodiálisis. Requiere de un acceso vascular que puede ser un catéter cuando el paciente ingresa no programado, o una Fístula Arteriovenosa que es el acceso de elección ya que tiene menos complicaciones que un catéter.

**2. Diálisis Peritoneal:** Este tratamiento utiliza como filtro el peritoneo que es una membrana que envuelve nuestros intestinos, es un procedimiento que debe realizar el paciente o familiar en forma diaria (varias horas generalmente en la noche mientras el paciente duerme), en su domicilio, lo que le da más libertad para sus actividades diarias, trabajo y estudios.

Este procedimiento requiere la instalación de un catéter abdominal de peritoneo diálisis. Los pacientes deben asistir mensualmente a Centro de Diálisis para su control. Este tratamiento está contraindicado en las personas con enfermedades intestinales inflamatorias activas o quienes presentan insuficiencia respiratoria severa.

**3. Trasplante Renal:** es el procedimiento de elección para el tratamiento de la ERC, utiliza un órgano proveniente de un sujeto vivo o cadáver, el que se injerta preferentemente a los vasos ilíacos, en un bolsillo realizado fuera del peritoneo a nivel de los huesos de la cadera. Para esto, tanto el paciente como su donante (cuando existe un donante vivo relacionado) deben realizar una serie de exámenes y estudios previo a la realización del trasplante lo que se denomina ESTUDIO PRE TRASPLANTE RENAL, para minimizar tanto los riesgos quirúrgicos como los riesgos posteriores a la realización del trasplante renal: rechazo, infecciones, etc.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y  
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,  
CONSULTE CON SU MEDICO**

El estudio Pre Trasplante Renal no se realiza en el Centro de Diálisis, el paciente se deriva a Hospital o Clínica que le corresponda para la realización de todos estos exámenes.

No todos los pacientes pueden ingresar a estudio de trasplante renal, existen contraindicaciones tales como: Infección activa, Cáncer con pronóstico ominoso o activo, comorbilidades que aumenten el riesgo operatorio (más frecuentemente cardiovasculares), edad avanzada (Mayor 70 años). Tampoco van a estudio los pacientes que teniendo indicación, rechazan o no quieren estudiarse ni trasplantarse, estando informados claramente de ventajas y eventuales riesgos de un trasplante renal.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y  
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,  
CONSULTE CON SU MEDICO**

## Consentimiento Informado para Estudio Pre Trasplante Renal

### Estimado paciente:

De acuerdo a la indicación de su médico tratante usted cumple/ no cumple criterios para someterse a Estudio Pre Trasplante Renal.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

A llenar por el profesional.

<b>Nombre Paciente:</b> _____		
<b>Edad</b> _____	<b>Rut</b> _____	<b>Ficha</b> _____
<b>Diagnóstico:</b> _____		
<b>Cumple Criterio de Estudio Pre trasplante:</b> Si _____ No _____		
<b>Motivo No cumplimiento</b> _____		
<b>Nombre del profesional</b> _____	<b>Firma</b> _____	

A llenar por el paciente (Marque su elección con una "X").

<b>Yo</b> _____
Declaro que he sido informado y tomo conocimiento que no cumplo criterios para indicación de Estudio Pre trasplante
<b>Firma Paciente</b> _____

A llenar por Representante legal. (\*)

<b>Yo</b> _____
Declaro que he sido informado y tomo conocimiento que no cumplo criterios para indicación de Estudio Pre trasplante
<b>Firma del representante legal</b> _____

(\*) Menores de 18, personas, con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia

**Para pacientes que cumplen criterios para iniciar Estudio Pre Trasplante Renal:**

Lea cuidadosamente la información del estudio Pre Trasplante, consulte con su médico las dudas o inquietudes que tenga, y luego declare, mediante su firma en este documento, que se adjuntará a su ficha clínica, que recibió esta información y autoriza o rechaza el estudio indicado.

Usted puede revocar esta autorización si en algún momento rechaza este estudio, firmando documento correspondiente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

A llenar por el paciente (Marque su elección con una "X").

**Yo** \_\_\_\_\_

Declaro que he leído la descripción del estudio señalado en el recuadro anterior, sus objetivos, características y potenciales riesgos y he decidido **Aceptar** (  ) / **Rechazar** (  ) esta indicación.

**Firma Paciente** \_\_\_\_\_

A llenar por Representante legal. (\*)

**Yo** \_\_\_\_\_

Declaro que he leído la descripción del estudio señalado en el recuadro anterior, sus objetivos, características y potenciales riesgos y he decidido **Aceptar** (  ) / **Rechazar** (  ) esta indicación.

**Firma del representante legal** \_\_\_\_\_

(\*) Menores de 18, personas, con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia

## REVOCACIÓN

**A llenar por el paciente:**

Nombre \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR** la autorización para realizar este estudio pre trasplante renal y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión.

Firma Paciente \_\_\_\_\_

**A llenar por Representante legal. (\*)**

Nombre \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR** la autorización para realizar este estudio pre trasplante renal y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión

Firma Representante Legal \_\_\_\_\_

(\*) Menores de 18, personas, con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia.

**A llenar por el profesional receptor:**

Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_

Firma del Profesional Receptor: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_