

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PLASMAFÉRESIS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

La Plasmaféresis, también denominado **recambio plasmático**, tiene como principal objetivo retirar ciertas sustancias anormales o patológicas que le son perjudiciales y que se encuentran en su plasma sanguíneo (la parte de su sangre que no contiene células).

Para tal fin, es necesaria la colocación mediante punción, de catéteres en 1 o 2 venas de sus antebrazos o en venas de mayor calibre localizadas a nivel de cuello, ingle o clavícula, usando catéteres adecuados.

A través de tales catéteres y mediante un sistema de tubos y bolsas estériles, se hace llegar su sangre a una máquina separadora que se encarga de retirar de manera selectiva el plasma que contiene la proteína o sustancia nociva y permite que el resto de su sangre le sea devuelta junto con un sustituto del plasma que reemplazará al que se le ha retirado.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión de este por los hallazgos encontrados.

La sustitución del plasma se puede hacer con plasma fresco congelado o albúmina.

El número de sesiones que necesite puede variar en función de la enfermedad que padece y los resultados que se vayan obteniendo. Será su médico quien le irá informando del programa de recambios plasmáticos más adecuado para su caso concreto.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección, hemorragia, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Calambres musculares, descenso de la presión arterial (hipotensión) debido a la circulación extracorpórea, malestar general o síncope (desmayo).
- Reacciones a la infusión del sustituto de plasma que se administra durante el proceso (habones en la piel, tiritona, fiebre, hipotensión, dificultad para respirar, con riesgo vital).
- En el caso de infundir plasma fresco congelado (indicado en algunas enfermedades o cuando existen alteraciones de la coagulación que lo justifican), existe un riesgo de contraer infecciones víricas (virus de la hepatitis, VIH y otros).
- El riesgo de sufrir reacción alérgica es también mayor en estos casos, si bien se emplea un tratamiento preventivo.
- Se añaden los riesgos propios del acceso vascular elegido para realizar la plasmaféresis, destacando: Molestias en la zona de punción. Trombosis a la vena que se punciona. Sangrado en el sitio de la punción (hematoma). Infección local o generalizada.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Los riesgos derivados de no recibir este tratamiento son muy variables según el tipo de enfermedad y de proteína anómala, pero se resumen en el agravamiento de la sintomatología de su enfermedad, lo que acabaría poniendo en peligro su vida.

Otras Alternativas: es la plasma centrifugación y en presencia de Guillain-Barré puede usarse inmunoglobulina.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, edad, sexo, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos, requerimiento de trasplante, credo religioso-testigo de Jehová) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Plasmaféresis** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO que todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA PLASMAFÉRESIS, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)