

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

BIOPSIA RENAL

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- En qué consiste: en tomar muestras del riñón para analizarlas al microscopio y obtener un diagnóstico de la enfermedad renal.
- Cómo se realiza: con anestesia local y una aguja especial se punciona el riñón, para extraer dos cilindros de tejido renal, guiándose por ecografía. Debe colaborar con el médico que la realiza, manteniendo una postura boca abajo, como se le indicará, y respirando o dejando de respirar, según las instrucciones que reciba.
- Cuánto dura: aproximadamente de 30 a 60 minutos

2. Qué objetivos persigue: identificar la enfermedad que afecta a los riñones. El equipo de Nefrología que le atiende piensa que los síntomas que Vd. presenta y los datos del laboratorio que tenemos corresponden a una enfermedad de sus riñones. Existen muchas y muy variadas enfermedades que pueden afectar a los riñones y cada una de ellas tiene una evolución, un pronóstico y un tratamiento distinto, para saber cuál de ellas es la que afecta a sus riñones el único medio que tenemos es la realización de una biopsia renal.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

- Pequeñas molestias en el lugar del pinchazo de carácter leves. Suelen desaparecer en 1-2 días.
- Aparición de sangre en la orina en las primeras 24-48 horas. Puede aparecer hasta en el 3.5% de los casos y generalmente desaparece espontáneamente.
- Comunicación entre una arteria y una vena (fístula arterio-venosa), con un riesgo estimado en nuestro medio inferior al 10 %. Generalmente es asintomática y se cura sola, aunque en rarísimos casos hay que tratarla con una intervención en el Servicio de Radiología (embolización arterial) y, excepcionalmente se puede producir la dilatación de una arteria (aneurisma) que tiene el mismo tratamiento que la complicación anterior.
- Puede aparecer una hemorragia alrededor del riñón (hematoma perirrenal), con un riesgo estimado alrededor del 10%. La mayoría son pequeños (<2 cm), clínicamente irrelevantes y se detectan por la realización de ecografías de control que realizamos de forma rutinaria. Suelen resolverse espontáneamente y muy excepcionalmente requieren una intervención quirúrgica.
- Posibilidad de que sea necesario quitar el riñón por sangrado incontrolable. Esto es excepcional en nuestro medio, ocurriendo en el 0.01% de los casos.
- La necesidad de transfusión sanguínea por sangrado es inferior al 2%
- La necesidad de algún tipo de intervención (radiológica o quirúrgica) para detener el sangrado es $\leq 0.6\%$.
- La mortalidad atribuible al proceso es excepcional, pudiendo ocurrir en el 0.06% de los casos de forma general, y en menos del 0.03% cuando la técnica se realiza de forma programada.
- Es posible que la cantidad de tejido renal obtenido no sea suficiente para un diagnóstico definitivo, lo que obligaría a repetir la punción en algunos casos.

Riesgos de la anestesia local:

- Lesiones de vasos o nervios como consecuencia de la técnica de anestesia. Son posibles, aunque muy raras.
- Reacciones graves, en personas alérgicas a los anestésicos, producidas por las propias sustancias anestésicas inyectadas.
- Complicaciones graves como bajada de tensión, convulsiones, etc., debido a un paso rápido de la anestesia a la sangre o al sistema nervioso.
- Sensación de acorchamiento u hormigueo después de la anestesia local, generalmente pasajero.

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

3. Beneficios del procedimiento: con la identificación de la enfermedad, se adecua el tratamiento.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

Obtener la muestra de tejido renal mediante intervención quirúrgica, lo que presenta mayor riesgo.

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.