

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

La otra forma de obtener el tejido renal es la realización de una operación en quirófano con anestesia total, practicando una incisión para la obtención del tejido renal. Otra alternativa es tratar la enfermedad renal sin diagnóstico anatómico-patológico.

**CENTRO SANITARIO
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.
CÓRDOBA**

**SERVICIO DE
UGC de NEFROLOGIA**

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Pueden aparecer complicaciones menores como hematoma perirrenal, fístulas arterio-venosas, infecciones de orina, dolor en la zona de punción o presencia de hematuria, que se resuelven de forma espontánea y/o tratamiento adecuado. Se realizará un seguimiento analítico para descartar que se haya presentado sangrado. Algunos pacientes se quejan de dolor crónico en la zona de punción.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Suelen ser los menos frecuentes.

- Reacciones vagas (mareos, sudoración palpitaciones, etc.) de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida de conocimiento.
- Reacciones a la anestesia local, que dependiendo de su intensidad pueden llegar a ser graves.
- Hemorragia tanto durante el procedimiento como posteriormente, cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas. Dependerá de su intensidad, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad de riesgo para su vida. Se puede precisar la utilización de sangre y hemoderivados. Si la hemorragia es muy importante y no se controla con otros medios pueden ser necesarias medidas intervencionistas (arteriografía, embolización o cirugía) requiriendo algunos casos extirpación del riñón. El riesgo de muerte asociado a la biopsia es excepcional (< 0.1%) y se relaciona más con el estado general del paciente. En la literatura médica se han cuantificado estas complicaciones mayores (muerte, nefrectomía, necesidad de arteriografía y/o embolización) en un 0.4 - 5.5%. En nuestro servicio, con más de 800 biopsias realizadas en riñón nativo, las complicaciones mayores son del 0.8% (8 de cada 1000 pacientes).
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos administrados.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.). Debe informar a su médico

001530

si está recibiendo tratamiento anticoagulante o antiagregante (heparina, sintrom, aspirina y antiinflamatorios).
Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

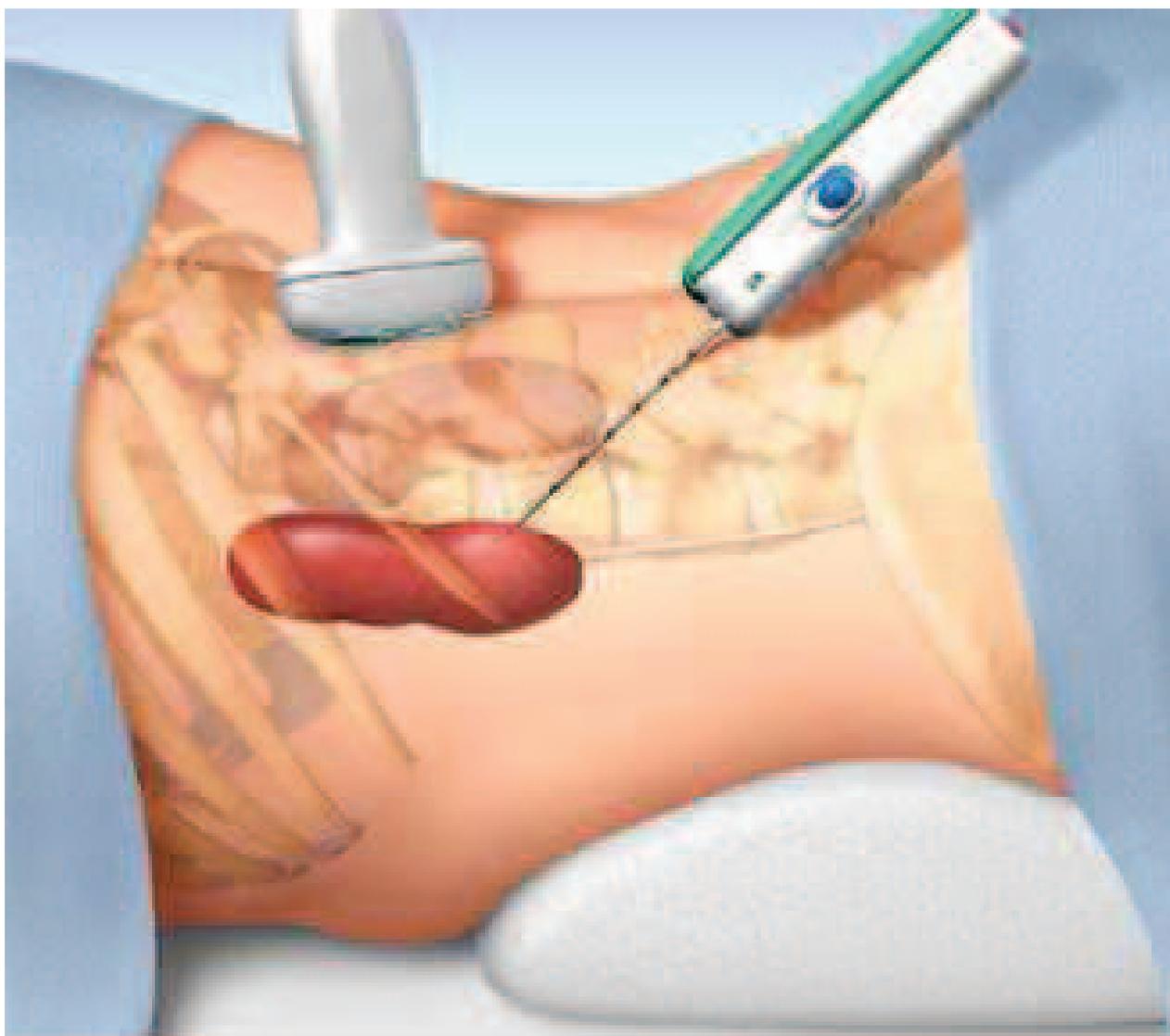
- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**CENTRO SANITARIO
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.
CÓRDOBA**

**SERVICIO DE
UGC de NEFROLOGIA**

1.2 | IMÁGENES EXPLICATIVAS

En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.



001530



001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA		SERVICIO DE UGC de NEFROLOGIA	
2 CONSENTIMIENTO INFORMADO			
2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)			
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE	

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO	
Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.	
NOTA: Márquese con una cruz.	
En _____	a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA	SERVICIO DE UGC de NEFROLOGIA
---	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

001530

001530

ANEXO 2

CHECK LIST BIOPSIA RENAL

Fecha de realización:

Espacio para etiqueta identificativa del paciente

- Toma de antiagregantes Si Fecha Suspensión:
 No
- Toma anticoagulantes orales. Si Fecha suspensión:
 No
- Heparina de bajo peso molecular Si Fecha y hora última dosis:
 No
- Comprobar existencia de estudio de coagulación en las 24-48 previas
- Comprobar firma de consentimiento informado
- Permeabilidad de vía periférica, si la precisa.
- Comprobar la administración de medicación previa a la realización de biopsia (si es necesaria).
- Control de presión arterial previa a la realización de la técnica.
- Identificación correcta del recipiente de la muestra y la petición de estudio de anatomía patológica.
- Solicitud de control analítico postbiopsia.

Fdo. ATS/DUE:

Fdo. Médico que realiza:.....