

NEFROLOGIA-DIALISIS

Pág.

05/14	Biopsia renal
05/15	Tratamiento sustitutivo (diálisis)
05/79	Trasplante renal



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA BIOPSIA RENAL**

NEFROLOGIA

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO QUE LE INFORMA: Fecha:.....

B. INFORMACIÓN SOBRE LA BIOPSIA RENAL:

- La biopsia renal consiste en obtener una muestra del riñón.
- El estudio de esta muestra (biopsia) nos dará información en cuanto al tipo de enfermedad que padecen los riñones. Aproximándonos a conocer el pronóstico y en ocasiones abriendo la posibilidad a determinados tratamientos que puedan mejorar la enfermedad, cuando otros medios diagnósticos no son suficientes para obtener esta información.
- Esta exploración se realiza con anestesia local. Una hora antes se le dará un calmante y un sedante La biopsia se obtiene pinchando con una aguja en la zona lumbar, hasta llegar al riñón para recoger la muestra de tejido para analizar permaneciendo el paciente tumbado boca abajo. Permanecerá ingresado 24 horas en observación de posibles complicaciones.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA BIOPSIA RENAL:

- La complicación más frecuente es el sangrado. Puede aparecer sangre en la orina o un hematoma en el riñón. Raramente el sangrado es tan importante como para necesitar una transfusión de sangre. Excepcionalmente requiere intervención quirúrgica para controlarla. Se aconseja estar en ayunas esa mañana por si fuera necesaria la cirugía y estar en las mejores condiciones para actuar.
- Si estuviera recibiendo medicación, sobre todo si el medicamento altera la coagulación (aspirina) debe avisar al médico, ya que sangraría con más facilidad. Si fuera alérgico a alguno de los medicamentos que se le van a administrar (anestésicos, sedantes, calmantes u otros), debe advertirlo con anterioridad. En general son reacciones vanales y se controlan sin problemas si se producen.
- La punción suele producir un moderado dolor siendo excepcionalmente de intensidad importante, siempre se controlará con calmantes. El pinchazo de la anestesia produce escozor y ligera molestia.

En cualquier caso las dudas que le puedan surgir serán aclaradas por el médico que recomienda la exploración, y en última instancia por quien realiza la biopsia.

D. DECLARO:

Que he sido informado por el Médico, de las ventajas e inconvenientes de la biopsia renal y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA PRUEBA

Firma del paciente

Firma del medico responsable

Nombre..... Nombre

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. D.N.I.

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.): Firma:



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTO SUSTITUTIVO
(DIÁLISIS)**

NEFROLOGIA - DIALISIS

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO QUE LE INFORMA: Fecha:.....

B. INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO (DIALISIS):

- La Insuficiencia Renal Crónica terminal es una situación que lleva al paciente en un corto periodo de tiempo a someterse a tratamiento sustitutivo de la función renal y que, de no llevarse a efecto, produciría la muerte. Este tratamiento mejorará su calidad de vida y le permitirá reintegrarse a sus actividades.
- En el momento actual el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica se produce por dos medios diferentes: **Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis**. Aunque el método es diferente los resultados clínicos son similares. Pueden existir situaciones clínicas individuales que aconsejen un método u otro.
- **La Diálisis peritoneal** se la realizará usted mismo en su casa, utilizando su abdomen para la limpieza de los tóxicos que los riñones no pueden eliminar. Este método precisa una pequeña intervención en el abdomen, con anestesia local, para colocar un tubo a través del cual se introduce un líquido para limpiar la sangre.
- **La Hemodiálisis** se realiza en el centro hospitalario utilizando el "riñón artificial". Para ello se necesita realizar una operación en la muñeca uniendo una arteria y una vena. En ese lugar, en cada sesión de diálisis se le darán dos pinchazos con objeto de extraerle la sangre y tras limpiarla en la máquina de diálisis, devolverse al paciente. El tratamiento suele durar de 3 a 4 horas por sesión, 3 veces por semana.

En su caso concreto:

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO (DIALISIS):

- En **la diálisis peritoneal** la complicación más frecuente es la infección del líquido de diálisis, complicación que habitualmente se soluciona con tratamiento antibiótico.
- En **la hemodiálisis**, las complicaciones más frecuentes son: dolor por los pinchazos, mareos, bajadas de tensión y calambres musculares.
- La intervención en la muñeca puede fracasar pudiendo necesitar nuevas operaciones.

Riesgos concretos o añadidos en su caso:

D. DECLARO:

Que he sido informado por el Médico, de las ventajas e inconvenientes del tratamiento sustitutivo (diálisis) y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

Firma del paciente

Firma del médico responsable

Nombre.....

Nombre

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. D.N.I.

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.): Firma:



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRASPLANTE RENAL**

NEFROLOGIA

A. IDENTIFICACIÓN:

Yo D^a/D. como paciente
ó D^a/D. como
su representante, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

B. DECLARO:

1. Que HE SIDO INFORMADO sobre los riesgos posibles en un trasplante de riñón, de la intervención, del tratamiento contra el rechazo agudo y del tratamiento de mantenimiento, así como del posible rechazo crónico. No se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos previstos ni tampoco se me han garantizado los plazos en que puedo recibir el trasplante. Conozco las características de la Lista de Espera de Trasplante Renal y del sistema de búsqueda del receptor ideal.

2. La información que se me ha facilitado la considero satisfactoria y suficiente. Además se me ha insistido en que en cualquier momento puedo solicitar nueva información, si lo preciso.

Entiendo que puedo ser avisado para trasplante en cualquier momento y que es un procedimiento urgente, por lo que me comprometo a comunicar puntualmente mis cambios de dirección o teléfono, aunque sean transitorios.

También entiendo que aunque este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento, el hacerlo cuando se me llame para un trasplante puede motivar el que ya no pueda buscarse a otro receptor para el riñón que había sido seleccionado para mí. Soy consciente de que puedo causar un importante daño a otros posibles receptores y a la familia del donante fallecido que generosamente lo donó. Por ello me comprometo a comunicar rápidamente mi deseo de ser excluido temporal o definitivamente de la Lista de Espera, si se diera esta circunstancia.

Se me ha informado de que los datos que sobre mí figuran en el ordenador de la lista de espera son exclusivamente médicos y administrativos (dirección, teléfono, etc.) y que están protegidos por el Secreto Profesional. No siendo consultables más que por los médicos de mi Centro de Diálisis y por el Equipo de Trasplante del Hospital de Cruces.

He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas al respecto en entrevista con el Dr./Dra.

3. DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice un Trasplante Renal.

Consiento en que a tal efecto se me realice una intervención quirúrgica con anestesia general, se me transfundan sangre y sus derivados si fuera necesario, y se me administre la oportuna medicación antirrechazo.

4. HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A, y en consecuencia AUTORIZO al Equipo de Trasplante Renal de Osakidetza / Servicio Vasco de Salud para que me sea realizado un TRASPLANTE DE RIÑÓN.

Firma del paciente

Firma del medico responsable

Nombre.....

Nombre.....

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. D.N.I.

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.): Firma:.....

CONTEMENTO INFORMADO PARA TRASPLANTE RENAL