

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA RENAL

Información

Estimado paciente:

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 cual de ellas es la que afecta a sus riñones el único medio que tenemos es la realización de una Biopsia Renal. Esto consiste en extraer un trozo muy pequeño de su riñón (generalmente el izquierdo) de unos 2-3 cm y analizarlo al microscopio, esto lo hacemos con anestesia local y una aguja especial para ello.

El procedimiento, salvo las molestias propias de un pinchazo y el reposo absoluto durante 48 horas, es relativamente fácil y sin problemas. Vd., deberá 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.

Sin embargo, como todo procedimiento médico, éste puede tener alguna pequeña complicación (aparición de sangre en la orina en las primeras 24-48 horas, pequeñas molestias en el lugar del pinchazo, etc.) que generalmente desaparecen en uno o dos días. En ocasiones, puede aparecer una comunicación entre una arteria y una vena (fístula arterio-venosa), con un riesgo estimado en nuestro medio del 15 % que 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, todavía se puede producir la dilatación de una arteria (aneurisma) que tiene el mismo tratamiento que la complicación anterior. También puede aparecer una hemorragia alrededor del riñón (con un riesgo estimado en nuestro medio del 0.2-14 por mil) que muy excepcionalmente requerirá una intervención quirúrgica, pues lo normal es que se resuelva espontáneamente. Por fin, la posibilidad de que a Vd. haya que quitarle el riñón por alguna de estas complicaciones es menor de un 1 % en nuestro medio.

Finalmente decirle que si quiere conocer algo más o le ha quedado alguna duda puede dirigirse con entera libertad al Nefrólogo que le atiende, que con mucho gusto, le aclarará cualquier problema.

DECLARACIONES Y FIRMAS

El Médico Dr. me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para que sirve la Biopsia Renal. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones y que no hay otras posibilidades terapéuticas para los mismos fines.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y doy mi consentimiento para que se me realice la Biopsia Renal por los profesionales adecuados. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

El paciente (nombre, dos apellidos y DNI).....

Firmado:

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Sé que el paciente D.
. Delega su responsabilidad en mi.
. No es competente para decidir en este momento.
. Desea libremente, ante testigos, compartir conmigo su decisión, sin menoscabo de la confidencialidad que el caso requiera.....

El Médico, DR. me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve la Biopsia Renal. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones y que no hay otras posibilidades terapéuticas para los mismos fines.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y doy mi consentimiento para que se le realice la Biopsia Renal por los profesionales adecuados. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Tutor Legal o familiar (Nombre, dos apellidos y DNI):

Firmado:

MÉDICO

Dr. he informado a este paciente y/o tutor familiar del propósito y naturaleza de la Biopsia Renal, así como de su riesgo y alternativas.

Firma del Médico responsable.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente.
Hospital.....
Edad..... Organismo Gestor
Nº de Historia Clínica..... Dirección
Habitación – Cama..... Servicio
Lugar..... Fecha

SI VD., ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, INDIQUE POR FAVOR LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN.

EN ESTE CASO SEPA VD. QUE ES RESPONSABLE DE LAS CONSECUENCIAS MEDICO LEGALES DE SU DECISIÓN.

Nombre, DNI y firma del testigo.

Nombre y firma del Médico.