

1. ¿Qué es? Es un tratamiento que consiste en la administración de fármacos vía oral o intravenosa (entre los que destaquen los corticoides, la ciclofosfamida, la azatioprina, el micofenolato, la ciclosporina, el clorambucil, el tacrólimus, la rapamicina y otros) para bajar la potencia y la eficacia de sus defensas, con el objeto de disminuir la inflamación que está afectando a sus riñones y probablemente a otros órganos de su cuerpo. El beneficio esperable del tratamiento es detener la progresión de su enfermedad y la evolución hacia la insuficiencia renal y la diálisis, aunque en ocasiones es necesario cambiar o asociar otros tratamientos más potentes.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante la administración de fármacos por vía oral o intravenosa.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** en la fase inicial del tratamiento, son los derivados de la disminución de sus defensas y por tanto se encuentra aumentado el riesgo de presentar infecciones (cistitis, neumonías, infecciones cutáneas por Herpes virus, etc). También, y en especial relación con el tratamiento con corticoides, puede aparecer diabetes (azúcar en la sangre), osteoporosis (pérdida de calcio de los huesos), alteraciones cutáneas (debilidad de la piel, acné e hinchazón de la cara), aumento de peso etc.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** la tasa global de mortalidad relacionada con el tratamiento inmunosupresor es menor del 5% anual y por lo general se encuentra en relación con la aparición de infecciones severas (neumonías graves, tuberculosis, infecciones por hongos etc) y con la aparición de tumores, debido a la disminución de sus defensas. Los nefrólogos que le atienden son conocedores de estos posibles efectos y realizarán las medidas preventivas y el seguimiento adecuado para minimizar estos riesgos.

4. Consecuencias previsibles de su realización: disminuir la inflamación que está afectando a sus riñones y, probablemente, a otros órganos de su cuerpo.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: la no instauración del mismo puede implicar la pérdida total de la función de los riñones, requiriendo inicio de diálisis y en función de la enfermedad un riesgo de mortalidad elevado que puede alcanzar el 90% al año sin tratamiento.

6. Alternativas: no se dispone de otros tratamientos eficaces para detener la progresión de su enfermedad.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: