

# Consentimiento informado para tratamiento con cirugía de la arteria renal

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

## Descripción del problema que Vd. presenta

La inadecuada irrigación de sus riñones produce hipertensión arterial de difícil control, alteración de su función renal. Este problema si no se trata puede provocarle una pérdida total de la función renal.

## ¿En qué consiste la intervención?

Mediante anestesia general se hace una incisión abdominal a través de la cual se realiza una técnica quirúrgica que restablezca la circulación del riñón. Esta intervención puede requerir su ingreso en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y la transfusión sanguínea.

Durante la intervención pueden surgir situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento previsto.

## Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta

### Objetivo y beneficios:

Obtener un mejor control de su hipertensión y sus efectos en el organismo, y evitar el deterioro progresivo de su función renal que le conduciría a diálisis.

### Riesgos generales:

1. *De cualquier intervención:* Infección, hemorragia, alteraciones cardiológicas, respiratorias y/o renales, defectos de cicatrización y trombosis venosa profunda. Estas complicaciones se suelen resolver con tratamiento médico, aunque a veces es necesaria una nueva intervención quirúrgica. En algunos casos pueden tener consecuencias graves.
2. *Específicos del paciente:* Los pacientes con arteriosclerosis tienen un riesgo superior al de otros pacientes de padecer durante la intervención o el postoperatorio complicaciones cardiorrespiratorias, renales y cerebrales, con posibilidad de secuelas graves e incluso muerte. La mortalidad global de esta intervención es menor del 5%. La obesidad y/o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, bronquitis crónica, etc. son factores que agravan el riesgo de complicaciones durante la intervención y en los días siguientes (postoperatorio).

### Riesgos específicos de la operación:

1. Trombosis o sangrado de la arteria reparada.
2. Microembolizaciones en el riñón tratado.
3. Infección de la herida operatoria.

### Alternativas:

En su caso se le ha propuesto la opción terapéutica más adecuada. El tratamiento médico puede no controlar debidamente su hipertensión ni evitar el deterioro de la función renal.

Si usted, o algún familiar desea mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

**RIESGOS PERSONALIZADOS (si procede, aparte de los referidos en el apartado 2 de riesgos generales):**

---

**Declaración de consentimiento:**

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar,

El/La

Dr./Dra. \_\_\_\_\_

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascul**ar. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_