

Consentimiento informado tratamiento endovascular 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 estrechez (estenosis) de las arterias renales da lugar a una irrigación inadecuada de sus riñones produciendo hipertensión arterial de difícil control, con alteración de su función renal que puede llegar, incluso, a la necesidad de realización de diálisis.

¿En qué consiste la intervención?

Se le aplica anestesia local o epidural. A través de la punción de la arteria femoral u otras arterias se introducen catéteres y guías que permiten visualizar la lesión y recanalizarla. A continuación se dilata con un pequeño balón a una presión establecida. Si después de esto la lesión no se ha dilatado suficientemente, se coloca dentro de la luz arterial una malla metálica (stent), como un muelle expandible y que adopta la configuración de un tubo, de forma que mantenga las paredes de la arteria de su riñón suficientemente separadas y permeables, facilitando una correcta irrigación de sus riñones.

Todo este procedimiento se realiza con control mediante el empleo de rayos X y la inyección de material de contraste dentro de la arteria. 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:

Dilatar el segmento estenosado (estrechado) de la arteria renal afectada para 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 0,5%. 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. Hematoma, sangrado y trombosis en el sitio de punción.
2. Reacciones alérgicas al contraste (náuseas, picores y enrojecimiento de la piel. Aunque muy raramente, se pueden producir reacciones de gravedad extrema).
3. Trombosis o sangrado de la arteria reparada.
4. Microembolizaciones en el riñón tratado.

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 desean 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____