



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO  
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR  
PROCEDIMIENTO:  
**REVASCULARIZACIÓN QUIRURGICA DE ARTERIAS RENALES**

1. ¿QUÉ ES?:

Las arterias renales son las encargadas de irrigar los riñones. Se puede producir un estrechamiento progresivo de alguna o ambas arterias por diversas causas, siendo la más frecuente la arteriosclerosis. Ello puede provocar una disminución en la cantidad de sangre que llega a los riñones, y como consecuencia producir por diversos mecanismos, hipertensión arterial y deterioro de la función renal llegando incluso a precisar diálisis.

2. ¿CÓMO SE REALIZA?:

La técnica propuesta consiste en “limpiar la arteria por dentro” o utilizar una prótesis o un segmento de vena a modo de bypass de la zona lesionada. Si se utiliza esta última técnica en función de la localización y tipo de lesión se puede utilizar como arteria donante la aorta (bypass aorto-renal) la arteria hepática (bypass hepato-renal) o la esplénica (bypass espleno-renal).

Estas intervenciones pueden realizarse mediante un abordaje retroperitoneal mediante incisiones transversas en el abdomen o bien oblicuas o a través de una laparotomía media con incisión longitudinal centro abdominal. Si se utilizara una vena como injerto, sería necesaria la realización de otra incisión en la pierna para su extracción.

Por lo que respecta a la técnica anestésica, ésta será general, y le será explicada junto a sus riesgos y complicaciones por el anestesista.

Es posible que durante o después de la operación necesite una transfusión de sangre o derivados. Es necesario comunicar a su médico si tiene algún problema al respecto.

Habitualmente tras la cirugía se pasan las primeras 24-48 horas en una unidad de vigilancia especial (UCI, Reanimación).

3. ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?:

Comprendo que, aunque la técnica sea la adecuada, pueden producirse complicaciones en relación con la técnica o de tipo general. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves, pueden requerir reintervenciones inmediatas y pueden dejar secuelas o, incluso, el fallecimiento. Las complicaciones pueden ser:

Las relacionadas con la técnica:

- Obstrucción vascular realizada para la reparación del aneurisma y su correspondiente falta de aporte de sangre al riñón, con eventual infarto renal y pérdida total o parcial de la función de dicho riñón. En casos de ausencia del otro riñón puede suponer la entrada en diálisis
- Alteración del funcionamiento del hígado (en caso de bypass hepato-renal) o del bazo (en bypass espleno-renal)
- Hemorragia abdominal,
- Isquemia de las extremidades inferiores (frialdad, palidez, impotencia funcional, pérdida de los pulsos)
- También pueden presentarse dilataciones de las zonas de unión de la arteria donante con el injerto (prótesis o vena), pseudoaneurismas, o infecciones de la prótesis, dichas complicaciones pueden precisar de nuevas intervenciones quirúrgicas para su solución.

Complicaciones del abordaje quirúrgico (heridas operatorias):



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO  
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR  
PROCEDIMIENTO:  
**REVASCULARIZACIÓN QUIRURGICA DE ARTERIAS RENALES**

Hematomas, acúmulo de líquido (linforragia, seromas), o infecciones.

Riesgos generales: Infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, neumonía, fallo cardíaco, insuficiencia renal, isquemia cerebral, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, infecciones urinarias, flebitis superficiales, escaras de decúbito por encamamiento prolongado, etc.

Así mismo pueden presentarse complicaciones en las heridas quirúrgicas (hematomas, linforragia, herniaciones seromas o infecciones), trombosis del injerto, embolización distal... Requiriendo en algunos casos de una nueva intervención quirúrgica para su solución.

De forma excepcional, durante la intervención quirúrgica, pueden producirse situaciones o presentarse hallazgos inesperados que obliguen a modificar la estrategia que inicialmente se había propuesto y que haga necesario utilizar otra u otras técnicas

#### 4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Con la cirugía propuesta se pretende mejorar la perfusión renal con la finalidad de mejorar la hipertensión arterial e insuficiencia renal.

#### 5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no realizarse la intervención quirúrgica que se le propone, es posible que se produzca una disminución del aporte sanguíneo al riñón o riñones y producirse hipertensión arterial, deterioro de la función renal llegando a precisar diálisis.

#### 6. ALTERNATIVAS

Las alternativas razonables a la técnica propuesta serían el tratamiento endovascular, o incluso la nefrectomía (extirpación del riñón) pero en su caso no se ha considerado factible realizar ninguna de ellas.

#### 7. RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

Comprendo que aunque la técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales, como en cualquier otra intervención quirúrgica, y éstas pueden ser inesperadas o estar relacionadas con mi situación general (diabetes, cardiopatía, obesidad, insuficiencia renal, hipertensión arterial, tabaquismo...)



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO  
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR  
PROCEDIMIENTO:  
**REVASCULARIZACIÓN QUIRURGICA DE ARTERIAS RENALES**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

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

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida, y adjunta por escrito en las páginas precedentes.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento
- Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento     No autorizo la realización de este procedimiento

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

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

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

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_