



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR

PROCEDIMIENTO: **TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA**

1. ¿QUÉ ES?

Tras estudiar los síntomas y realizado las exploraciones pertinentes, han encontrado que tengo una enfermedad en las arterias mesentéricas que son las que llevan la sangre al intestino. Por distintas causas (principalmente arteriosclerosis) estas arterias pueden estrecharse de forma progresiva y disminuir la sangre que llega al intestino hasta cerrarse por completo. Puede producirse dolor importante después de las comidas, desnutrición progresiva y pérdida de peso. El riesgo mayor es la interrupción de la llegada de sangre por completo al intestino de forma brusca (trombosis mesentérica aguda), que es un problema muy grave y con alto riesgo de fallecimiento.

2. ¿CÓMO SE REALIZA?

- Esta intervención normalmente consiste en “dilatar” la arteria desde dentro y en ocasiones colocar un dispositivo para que no vuelva a cerrarse (*stent*). Se realiza desde dentro de la arteria con un catéter. Hay que pinchar en la ingle o en algún punto del brazo para introducirlo.
- La anestesia suele ser local en la zona donde se pincha la arteria, pero puede variar dependiendo del caso y la valoración de los anestesiólogos. Ellos me explicarán las posibilidades, sus ventajas, sus riesgos y sus complicaciones.
- Es necesario utilizar contraste. Es importante que indique si he tenido algún problema alérgico previo con contrastes.
- Este tipo de procedimiento requiere la utilización de contrastes radiológicos y rayos X para poder ver bien el territorio en el que estamos trabajando.
- Puede precisar vigilancia en unidad de cuidados de pacientes críticos en las horas posteriores a la realización de la cirugía.
- Habitualmente es preciso mantener en reposo el lugar de abordaje: punción o incisión (ingle o brazo) las primeras horas

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

La tasa de mortalidad global del procedimiento es inferior al 3%.

- Problemas secundarios en el lugar de acceso arterial a modo de hematomas y dolor local. Cicatrices si es necesario abordar las arterias quirúrgicamente.
- Hemorragia, hematoma, oclusión de la arteria con falta de riego a la extremidad, dilataciones de las arterias (pseudoaneurismas), infección, fracaso del riñón, reacciones alérgicas, problemas relacionados con la colocación del dispositivo (roturas, migraciones, ...), comunicaciones entre arteria y vena.
- Puede obstruirse la arteria, produciendo una isquemia intestinal aguda.
- Se produzcan lesiones en el intestino que necesiten una resección intestinal (cortar un segmento de intestino). Esto puede ocurrir en la misma operación o en los días posteriores, y puede ser necesaria una operación para valorar el estado del intestino.
- Con el tiempo, pueden volver a producirse estrechamientos en la misma arteria (re-estenosis) que me produzcan los mismos problemas, y que incluso necesiten una nueva operación.

Complicaciones derivadas del uso de contraste yodado



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR**

**PROCEDIMIENTO:
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA**

Pueden producirse reacciones alérgicas, desde leves (picores o enrojecimiento de la piel) hasta muy graves (shock anafiláctico). Puede deteriorar el funcionamiento de los riñones.

Riesgos específicos de uso de RX

Ligera elevación del riesgo de padecer cáncer (menor del 0,5%), siendo la incidencia de cáncer menor que en la población general. Si es necesario el uso de un elevado nivel de radiación (procedimiento largo) pueden aparecer lesiones cutáneas. Se le informará si se utilizan niveles altos de radiación durante la realización del procedimiento.

4. CONSUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Los objetivos que se persiguen son: evitar que el intestino quede desprovisto de sangre y sufra una isquemia que le impida realizar sus funciones, y aliviar los síntomas que genera esta enfermedad

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de este procedimiento supone dejar la enfermedad a su evolución natural, manteniéndose sus síntomas y consecuencias. He comprendido que el intestino se puede quedar por completo sin riego sanguíneo, con el tiempo. Es un problema muy grave, que necesita una operación de emergencia, y que muchas veces es mortal

6. ALTERNATIVAS

- Una alternativa a las terapéuticas endovasculares sería la intervención quirúrgica para reparar las lesiones de las arterias mesentéricas (endarterectomía o bypass) mediante una operación abriendo el abdomen con anestesia general.
- También se puede dejar la enfermedad a su evolución natural, aceptando el riesgo de una isquemia intestinal aguda importante, que puede ser mortal.
- Si le proponemos este procedimiento es porque opinamos, tras valorar riesgos y beneficios, que es la técnica más adecuada para tratar su problema y que usted va a mejorar después del tratamiento.

7. RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones como.....



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR**

**PROCEDIMIENTO:
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA**

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: _____