

# Documento de consentimiento informado revisión de derivación portosistémica intrahepática (TIPS)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

N. Historia Clínica \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le informa \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

El objetivo de esta intervención es controlar el estado de funcionamiento de la derivación portosistémica intrahepática que se le colocó para tratar la hemorragia digestiva por varices y/o la acumulación de líquido en el abdomen (ascitis) o en el tórax que usted padecía. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

## EN QUÉ CONSISTE LA REVISIÓN DE DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA

Se le pinchará una vena, generalmente en el cuello, y a continuación se introducirá un tubo (catéter) por el que se inyectará un líquido (medio de contraste) para comprobar el estado de la derivación. Si presentase estrechez u obstrucción de la misma se le aplicará el procedimiento que pueda resolver el problema (dilatación con un catéter-balón, colocación de una nueva prótesis metálica, disolución o aspiración del coágulo, embolización de las varices, etc). Si por el contrario presentase exceso de flujo de sangre por la derivación se intentará reducir su calibre mediante la colocación de prótesis especiales u otras técnicas. En casos raros puede ser necesario pinchar directamente la derivación, a través del hígado, para realizar el procedimiento. Durante la intervención, cuya duración será, aproximadamente, de una hora, se le administrará anestesia local y sedación. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma, por los hallazgos encontrados, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

## RIESGOS DE LA REVISIÓN DE DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

### Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

### Por la técnica que vamos a realizar:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Punción de la capa que rodea el pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella ocasionando un neumotórax.
- Hemorragia en el hígado o en la cavidad del abdomen, que podría requerir intervención urgente.
- Lesión de las venas del hígado o de la propia derivación (trombosis, disección, rotura), lo que puede ocasionar complicaciones graves e incluso intervención quirúrgica urgente.
- Desplazamiento (migración) de la prótesis colocada.
- Alteraciones cardiacas (arritmias).
- Infección local o generalizada (sepsis).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa sería la realización de una derivación mediante cirugía.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la REVISIÓN DE DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA (TIPS).

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

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

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

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

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha \_\_\_\_\_, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

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

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma: