

# Documento de consentimiento informado recanalización portal percutánea

Nombre del paciente	
N. Historia Clínica	
Nombre del médico que le informa	

### INFORMACIÓN GENERAL

La recanalización portal percutánea es una intervención con la que intentamos solucionar la estrechez u obstrucción que usted padece en las venas del sistema portal (venas portales y mesentéricas) lo que dificulta el riego sanguíneo del hígado y del intestino. 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 RECANALIZACIÓN PORTAL PERCUTÁNEA

A través del hígado se le pinchará un vaso (vena portal) utilizando anestesia local. A continuación se introducirá un tubo muy fino (catéter) que llegará a la zona lesionada de sus venas portales y/o mesentéricas, para aplicarle, en ese lugar, el procedimiento que pueda resolver su enfermedad. Se inyectará un líquido (medio de contraste) a través del tubo, lo que nos permitirá ver sus venas y llevar a cabo la intervención. Le podremos resolver la obstrucción de las venas del sistema portal por uno o varios de estos métodos: dilatándole la estrechez mediante un catéter-balón, colocándose una prótesis (stent) para que la vena permanezca abierta, disolviéndole el coágulo de sangre mediante agentes químicos (fibrinolisis) o bien, aspirándole el coágulo por medios mecánicos. Esta intervención durará, aproximadamente, entre 2 y 3 horas. Se utilizará sedación para evitarle molestias durante la misma. 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 RECANALIZACIÓN PORTAL PERCUTÁNEA

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 consequir 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:

- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Lesión del vaso sanguíneo que estamos tratando (trombosis, disección, rotura) lo que puede ocasionar complicaciones muy graves y requerir intervención.
- Puede soltarse un coágulo y obstruir un vaso a distancia (embolia).
- Hemorragia en el hígado o en la cavidad del abdomen (hemoperitoneo), que si es grave podría requerir intervención urgente.
- Hemorragia en otras zonas del organismo cuando utilizamos sustancias químicas para disolver el coágulo.
- Desplazamiento de la prótesis (stent) a lugares no deseados, que podría requerir tratamientos adicionales.

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**

riilid.	Fillia.	Fillia.
Firma:	Firma:	Firma:
Nº de Colegiado: Firma:	D.N.I.: Firma:	D.N.I.: Firma:
MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:
En	, a de	de
En	a do	do
asistencia recibida.		
asistencia recibida.		
	cise dar ninguna razon, y sin que ello suporiga un	deterioro de la calidad de la
	cise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un	
	formación recibida, he aclarado mis dudas y s	
•		
CONSENTIMIENTO para c	ule me sea realizada la RECANALIZACIÓN POR	doy mi TAL PERCLITÁNEA
10, D/D/1a		doy mi
10, D/D/1a		doy mi
	DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO	4.
IU. DITIIA		dov. m
vo D/Dão		
CONCENTIALENTO	que me sea realizada la RECANALIZACIÓN POR	doy mi
process of the second		
CONSENTIMIENTO para o	uje me sea realizada la RECANALIZACIÓN POR	doy mi TAL PERCLITÁNEA
CONSENTIMIENTO para o	uue me sea realizada la RECANALIZACIÓN POR	doy mi TAL PERCHTÁNEA
CONSENTIMIENTO para o	ue me sea realizada la RECANALIZACIÓN POR	TAL PERCUTÁNEA
CONSENTIMIENTO para o	lue me sea realizada la RECANALIZACIÓN POR	TAL PERCUTÁNEA . T
•		
•		
	use dai minguna razon, y sin que ello suponga un	deterioro de la calidad de la
asistericia recibida.		
En	a do	do
En	, a de	de
MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:
MEDICO INI ORMANTE.	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL).	TESTIGO.
Nº de Colegiado:	D.N.I.:	D.N.I.:
•		
Firma:	Firma:	Firma:
	DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO	
D/Dão		
D/Dña	de	espués de ser informado/a de
la naturaleza y riesgos d	del procedimiento propuesto, manifiesto de foi	rma libre y consciente mi
la naturaleza y riesgos d	del procedimiento propuesto, manifiesto de foi	rma libre y consciente mi
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real	de	rma libre y consciente mi
la naturaleza y riesgos d	del procedimiento propuesto, manifiesto de foi	espués de ser informado/a de rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real de esta decisión.	del procedimiento propuesto, manifiesto de foi lización, haciéndome responsable de las consecu	rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real de esta decisión.	del procedimiento propuesto, manifiesto de foi	rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real de esta decisión.	del del procedimiento propuesto, manifiesto de foi lización, haciéndome responsable de las consecu- , a de	rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse de
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real de esta decisión.	del procedimiento propuesto, manifiesto de foi lización, haciéndome responsable de las consecu	rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse de
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real de esta decisión.	del del procedimiento propuesto, manifiesto de foi lización, haciéndome responsable de las consecu- , a de	rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse de
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real de esta decisión.  En	del procedimiento propuesto, manifiesto de foi lización, haciéndome responsable de las consecu- , a de	rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse de TESTIGO:
la naturaleza y riesgos o DENEGACIÓN para su real de esta decisión.	del del procedimiento propuesto, manifiesto de foi lización, haciéndome responsable de las consecu- , a de	rma libre y consciente mi encias que puedan derivarse de

#### Nº de Colegiado: D.N.I.: D.N.I.: Firma: Firma: Firma:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_

MÉDICO INFORMANTE:

\_ de \_\_\_\_\_

**TESTIGO:**