

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La hipertensión portal es el aumento de la presión de la sangre en la vena porta (vena de gran calibre que lleva la sangre desde el intestino hasta el hígado) y en sus ramas.

Esta cirugía consiste en desviar parte de la sangre que llega al hígado por la vena porta a otra vena (la vena cava o a alguna de sus ramas), y/o interrumpir la circulación de la sangre en un tramo del aparato digestivo donde están las venas dilatadas.

En ocasiones hace falta quitar el bazo ya que el aumento de presión puede provocar un aumento de su tamaño, infecciones y hemorragias.

A veces durante la cirugía hay que hacer modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Esta intervención se hace con anestesia general.

La finalidad de la cirugía es disminuir la presión de la sangre a la entrada del hígado, para controlar o evitar los síntomas actuales (sangrado por boca, ascitis, etc.).

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Trastornos de la digestión.
- Derrame pleural (presencia de líquido entre los pulmones y el tórax).
- Ascitis (acumulación de líquido en la cavidad del abdomen).
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado por vía digestiva.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección en el abdomen.
- Obstrucción de los intestinos.
- Insuficiencia o coma hepático.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.

- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante
- .....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Técnicas de Radiología Intervencionista.

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
Servicio de Cirugía General  
y Digestiva

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

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

Firma del representante legal: