

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN PORTAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica que se utiliza de manera previa a una operación de resección hepática cuando se sabe que el trozo de hígado, que va a quedar después de la cirugía, no tiene un tamaño suficiente para garantizar el completo funcionamiento del órgano. La embolización portal permite que en un plazo de 3 a 6 semanas la parte sana del hígado (remanente hepático), se hipertrofie y crezca lo suficiente para compensar al fragmento de hígado enfermo que se va a resecar.

Se accede a una rama periférica de la vena porta mediante punción en la pared abdominal y desde ahí se introducen unos tubos finos (catéteres) en las ramas de la vena porta enfermas y que van a ser resecaadas. A continuación se introducen unas sustancias o agentes mecánicos que interrumpen la circulación de la sangre en el área enferma y redirigen el flujo sanguíneo intrahepático hacia los lóbulos sanos.

Se realizara un TAC de control pasadas 3 semanas de la embolización para decidir si es posible la operación de resección hepática.

La finalidad de la técnica es hipertrofiar el lóbulo hepático sano para resecar quirúrgicamente el área enferma del hígado.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor en la zona de punción.
- Malestar, fiebre y dolor.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Sangrado en la vía biliar.
- Infección de la vía biliar (colangitis).
- Sangrado peritoneal.
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón), por punción accidental del pulmón derecho durante el abordaje inicial.
- Alteración de la función hepática transitoria.
- Desplazamiento del material de embolización a la rama portal no deseada.
- Recanalización de los segmentos portales embolizados, que se traduce en tratamiento incompleto o fallido.
- Trombosis portal completa.
- Ruptura de las metástasis por punción accidental de las mismas al abordar la vena porta.
- Siembra tumoral en la pared abdominal.
- Reacción alérgica al material embolizante utilizado en el procedimiento.

- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Ablación percutánea.

Son tratamientos paliativos y no curativos.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLIZACIÓN PORTAL”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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.

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

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: