



Le realizaremos un pequeño corte en el cuello y, para que usted no tenga molestias durante la intervención, estará bajo los cuidados de un médico anestesista que le aplicará una sedación o una anestesia general (según sus circunstancias personales).

Se le introducirá un tubo muy fino (catéter) a través del cual inyectaremos un medio de contraste y utilizaremos agujas, alambres-guía y catéteres necesarios para completar el procedimiento

Se consigue controlar el sangrado por varices en el 90% de los casos, y el líquido abdominal y de la pleura en el 80%.

La intervención puede durar entre 2 y 4 horas aproximadamente.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos

ALTERNATIVAS

En la actualidad, la alternativa sería la intervención quirúrgica. Asimismo, y dependiendo de sus circunstancias personales, se podrá realizar el trasplante hepático.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos realizando:

- Sangrado (hemorragia y/o hematoma) en el sitio de la punción.
- Hemorragia interna.
- Coágulo (trombosis) de la vena del cuello.
- Alteraciones cardíacas (arritmias).
- Lesión de los conductos biliares que puede producir ictericia de la piel.
- Fallo hepático ó cardíaco.
- Excepcionalmente puede ocurrir infección del TIPS.
- Como consecuencia de la propia intervención se puede producir sensación de falta de coordinación y tendencia al sueño (encefalopatía) que ocurre hasta en una cuarta parte de los pacientes, así como alteraciones de la función del hígado. Generalmente se trata con medicamentos aunque en ocasiones requiere la colocación de otras prótesis, y excepcionalmente, la única solución a esta complicación es el trasplante hepático.
- A largo plazo la derivación se puede obstruir o estrechar por lo que es necesario realizarle revisiones periódicas.

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser similares a las que se producirían al realizarse un TAC o una Resonancia.

Por la exposición a los rayos X:

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

En general, las complicaciones graves ocurren en 3 de cada 100 pacientes. La muerte puede ocurrir hasta en 5 de cada 100 pacientes.



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de derivación porto-sistémica intrahepática y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

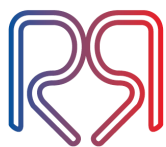
REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./Dª. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y () deseo / () no deseo proseguir el tratamiento.



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____