

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, se pretende desviar parte de la sangre que llega al hígado por la vena porta a la vena cava o a alguna de sus ramas o interrumpir la circulación en un tramo del aparato digestivo donde están las venas dilatadas. En ocasiones es necesario extirpar el bazo.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario. La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mediante este procedimiento se pretende disminuir la presión de la sangre a la entrada del hígado, disminuyendo o evitando mis síntomas como sangrado por boca o ascitis.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En ocasiones se pueden plantear realizar técnicas mediante radiología intervencionista para intentar controlar la hipertensión portal, pero en su caso pensamos que la mejor alternativa es la cirugía.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Esta cirugía no cura la enfermedad del hígado solo trata de controlar sus síntomas, por lo tanto pueden seguir ocurriendo complicaciones derivadas de la enfermedad hepática (encefalopatía, ascitis, ictericia, insuficiencia hepática) o renal.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de que no se realice el procedimiento, la hipertensión portal permanecerá siendo difícil de controlar y con riesgo elevado de aparición de nuevas hemorragias digestivas.

### RIESGOS FRECUENTES

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 pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
2. Flebitis.
3. Trastornos temporales de las digestiones.
4. Derrame pleural.
5. Ascitis.
6. Dolor prolongado en la zona de la operación.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Dehiscencia de la laparotomía. (Apertura de la herida).
2. Sangrado o infección intraabdominal.
3. Obstrucción intestinal.
4. Insuficiencia o coma hepático.
5. Sangrado por vía digestiva.

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia y puede producirse la muerte.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las patologías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que, en estos casos, el riesgo quirúrgico general es mayor.

**CONTRAINDICACIONES**

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>