

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE BILIAR Y ENDOPRÓTESIS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El drenaje biliar es una intervención que permite el paso de la bilis hacia el intestino (drenaje interno) o hacia el exterior (drenaje externo), con lo que se eliminará su coloración amarillenta y mejorará su estado general, aliviándole especialmente el picor.

Se introducirá una aguja muy fina, por la que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los conductos de la bilis en las radiografías. A continuación se colocará un tubo (catéter), por el que se deriva la bilis. En algunos casos se colocará posteriormente una malla metálica o stent para mantener permeables las vías biliares (endoprótesis biliar).

Durante esta intervención se le administrará anestesia local o sedación.

La duración de la intervención será, aproximadamente, de unos 90 minutos, realizándose primero el drenaje y posteriormente, si estuviera indicado y fuera posible, se colocaría la endoprótesis.

La finalidad de la técnica es permitir el paso de la bilis hacia el intestino o hacia el exterior, para aliviar los síntomas que provocan su obstrucción y mejorar su estado general.

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 leve en la zona de punción.
- Dolor producido por la salida de bilis a la cavidad abdominal.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Hemorragia en los conductos biliares.
- Infección de los conductos (colangitis) o generalizada (sepsis).
- Inflamación del páncreas (pancreatitis) a consecuencia de la manipulación de las vías biliares.
- Punción accidental de órganos vecinos, que raramente requiere tratamiento.
- Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo.
- Salida accidental del catéter.
- Imposibilidad de canalizar la vía biliar y por tanto persistencia de su problema.
- 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. 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:

- Cirugía.
- Drenaje por vía endoscópica.

AUTORIZACIÓN PARA "DRENAJE BILIAR Y ENDOPRÓTESIS"

Yo, D./D^a _____, 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^a _____, 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.

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:



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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: