

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PERCUTÁNEA HEPÁTICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La biopsia hepática consiste en tomar una muestra del hígado, mediante la punción con una aguja en la piel del abdomen, y puede ser guiada con ecografía o TC y contraste, aunque a veces, se puede realizar sin apoyo radiológico. Para evitar el dolor de la punción se aplicará anestesia local. La muestra extraída se enviará a Anatomía Patológica para su estudio.

En ocasiones es necesario repetir la punción para obtener muestra suficiente para una adecuada evaluación. Para la realización de la prueba debe mantenerse en ayunas de al menos seis horas. Durante la exploración será necesaria su colaboración, ya que el médico le indicará cuándo tomar o echar aire.

La finalidad de la técnica es obtener una muestra de tejido del hígado para analizar y obtener un diagnóstico de las enfermedades del hígado y de la vías biliares.

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:

Riesgos leves:

- Mareo, náuseas o vómitos.
- Dolor intenso en el punto de punción que puede irradiarse a tórax, hombro derecho o abdomen. Generalmente desaparece de forma espontánea.
- Hematoma en la zona de punción.

Complicaciones poco frecuentes pero más graves, que pueden suponer la prolongación del ingreso hospitalario y, excepcionalmente, poner en peligro la vida del paciente son:

- Hemorragia interna. Esta es una complicación rara. En ocasiones puede precisar administración de sueros, transfusión de sangre o cierre del vaso sangrante mediante cirugía o radiología intervencionista.
- Infección en la zona de punción.
- Fuga de bilis al peritoneo.
- Si hubiera ascitis (acumulación anormal de líquido) puede haber salida de líquido libre en la cavidad peritoneal al exterior, o infección del líquido ascítico.
- Punción de órganos próximos al hígado como: vesícula biliar, intestino grueso o delgado, pleura/pulmón con presentación de neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).

Otros riesgos:

- Cicatriz abdominal.
- Diseminación tumoral.

- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Si se utiliza TC, 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

- Insuficiencia respiratoria o cardiaca no controladas.
- Trastornos graves de coagulación no corregibles.
- Falta de colaboración del paciente.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.
- Biopsia hepática por vía trans-yugular (vía venosa utilizada para penetrar en el hígado), realizada por radiología y que estaría reservada a pacientes con graves trastornos de la coagulación.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Digestivo

AUTORIZACIÓN PARA “BIOPSIA PERCUTÁNEA HEPÁTICA”

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:

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: