

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en colocar un catéter de drenaje en el interior de la vesícula biliar inflamada o infectada (colecistitis aguda) cuando el paciente no puede ser intervenido quirúrgicamente en ese momento por su situación particular.

Para colocar el catéter se emplea habitualmente la ecografía o, con menor frecuencia, rayos X o el TAC. Se anestesia la piel con una aguja fina y se deja el catéter unos días hasta que se vacie completamente y deje de salir bilis infectada o salga bilis limpia.

La finalidad de la técnica es vaciar la vesícula biliar inflamada para aliviar o eliminar los síntomas junto con el tratamiento médico y, si fuera posible, poder operar la vesícula cuando su situación general haya mejorado. Si la causa de la colecistitis no son la presencia de piedras el drenaje es el tratamiento definitivo y no se requiere cirugía.

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 más frecuentes:

- Dolor en el lugar de la punción.
- Tiritona.
- Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Se puede pinchar accidentalmente un órgano de la cavidad abdominal o un vaso sanguíneo (arteria o vena).
- Paso de los microorganismos a la sangre (bacteriemia).
- Infección generalizada (sepsis).
- Salida de bilis a la cavidad abdominal.
- Neumotórax, es decir, entrada de aire al tórax fuera del pulmón al pinchar la pleura (tejido que recubre las paredes de la cavidad torácica y los pulmones), de forma accidental.
- Reacción alérgica o, intolerancia cuando se emplea contraste iodado, habitualmente no necesario porque suele utilizarse la ecografía.
- Solo en algunos casos es necesario el empleo de rayos X que 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. Otra alternativa a la técnica es:

- Drenaje mediante intervención quirúrgica.

AUTORIZACIÓN PARA “COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA”

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./Dª. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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 _____

Fdo. Paciente:	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 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: