

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DILATACIÓN BILIAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en realizar una dilatación de los conductos biliares, en la zona en que se ha producido una estenosis (estrechez).

Se realiza mediante una punción en el hígado para acceder a las vías biliares y se introduce un catéter que tiene un balón en su extremo, el cual se hincha en la zona afectada para dilatarla, utilizando rayos X y contraste radiológico, para que sea lo más precisa posible.

Es importante tener en cuenta, que frecuentemente estas dilataciones deben repetirse varias veces para conseguir un resultado adecuado. Cuando no conseguimos resolver la estrechez con dilataciones, a veces es necesario colocar una prótesis o incluso que el tratamiento sea por cirugía.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia más adecuado en su caso.

Cabe la posibilidad de que durante la técnica haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos encontrados durante el mismo para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

La finalidad de la técnica es dilatar la estenosis de la vía biliar para reducir los síntomas, evitar la ictericia y/o lesiones en el hígado y complicaciones en los órganos próximos.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos del procedimiento son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor en el lugar de la punción.
- Tiritona.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Desplazamiento del catéter.
- Obstrucción del catéter.
- Hemobilia (hemorragia en los conductos biliares).
- Colangitis (infección de los conductos biliares).
- Salida de la bilis a la cavidad abdominal, produciéndole dolor.
- Sepsis (infección generalizada).
- Rotura de instrumentos (guías, catéteres, etc.), quedando restos en el interior de la vía, necesitando su extracción.
- 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:

- Intervención quirúrgica.
- Dilatación por vía endoscópica.

AUTORIZACIÓN PARA "DILATACIÓN BILIAR"

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: