

# Documento de consentimiento informado biopsia endobiliar percutánea

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

N. Historia Clínica \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le informa \_\_\_\_\_

## INFORMACION GENERAL

El objetivo de esta intervención es obtener una muestra (citología) de la estrechez que usted padece en los conductos de la bilis para así intentar dar un diagnóstico de su enfermedad. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

## EN QUÉ CONSISTE LA BIOPSIA ENDOBILIAR PERCUTÁNEA

Se le pinchará, a través del hígado, con una aguja fina por la que se inyecta un líquido (medio de contraste) para ver los conductos de la bilis en las radiografías. A continuación se avanzará un tubo muy fino (catéter) hasta la zona estrechada donde se tomarán muestras (citología) para analizarlas posteriormente. Finalmente se le colocará un tubo (catéter) por el que se deriva la bilis. Durante la intervención, que dura, aproximadamente, 60 minutos, se le administrará anestesia local y sedación. En ocasiones, puede ser imposible realizarle esta exploración por no tener unos conductos biliares suficientemente dilatados. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma, por los hallazgos encontrados, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

## RIESGOS DE LA BIOPSIA ENDOBILIAR PERCUTÁNEA

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 que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento, que a continuación le exponemos:

### Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

### Por la técnica que vamos a realizar:

- Hemorragia en los conductos de la bilis (hemobilia) o en el hígado. Normalmente cede sola en las primeras 24-48 horas sin necesidad de tratamiento, pero en algún caso podría requerir intervención urgente.
- Infección de los conductos biliares (colangitis) o generalizada (sepsis), que normalmente cede con tratamiento médico.
- Salida de la bilis a la cavidad abdominal, produciéndole dolor. Normalmente es transitoria, aunque excepcionalmente puede ser necesario intervenirle quirúrgicamente.
- Inflamación del páncreas, que habitualmente cede con tratamiento médico.
- Punción de otros órganos (pleura, colon, etc), que en algún caso podría requerir tratamientos adicionales.
- Obstrucción o movilización del catéter, lo que haría necesario el recambio del mismo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad (1 de cada 100.000 pacientes por riesgo derivado del medio de contraste y 1 de cada 100 pacientes por riesgo derivado de la propia técnica), si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

---

## QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, las alternativas son realizar una biopsia percutánea a través del abdomen o bien mediante intervención quirúrgica. Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la BIOPSIA ENDOBILIAR PERCUTÁNEA.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Firma:

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Firma:

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha \_\_\_\_\_, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Firma:

\_\_\_\_\_  
Firma: