

# Documento de consentimiento informado

## biopsia hepática transyugular

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

N. Historia Clínica \_\_\_\_\_

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

### INFORMACIÓN GENERAL

La biopsia hepática transyugular es un procedimiento que sirve para obtener una muestra de tejido del hígado, para poder analizarla y así intentar dar un diagnóstico a 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 HEPÁTICA TRANSYUGULAR

Se le pinchará una vena en el cuello utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste) que permite ver las venas del hígado. A través del tubo se introducirá una aguja especial que nos permitirá obtener una muestra de tejido del hígado. La duración del procedimiento es, aproximadamente, de 60 minutos. Se podrá utilizar sedación para evitarle molestias. En ocasiones no es posible completar la exploración y extraer la muestra o bien esta puede ser insuficiente. También cabe la posibilidad de que haya que modificar el procedimiento durante su realización para obtener un resultado 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 HEPÁTICA TRANSYUGULAR

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:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Punción de la pleura, pudiendo entrar aire en ella ocasionando un neumotórax.
- Dolor abdominal, que habitualmente cede con analgésicos.
- Alteraciones cardíacas (arritmias).
- Hemorragia en el hígado o en la cavidad del abdomen (hemoperitoneo) que podría llegar a requerir intervención urgente.
- Excepcionalmente, lesiones de los vasos sanguíneos (trombosis, desgarros).

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, 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, existen otras formas de obtener biopsia atravesando directamente el hígado con una aguja.

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 HEPÁTICA TRANSYUGULAR.

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: