

Documento de consentimiento informado recambio de drenaje biliar

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

El recambio de drenaje biliar es un procedimiento que tiene por objeto sustituir el tubo (catéter) de drenaje biliar del que usted es portador/a por uno nuevo para que siga funcionando adecuadamente el drenaje de la bilis. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. 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 EL RECAMBIO DE DRENAJE BILIAR

Una vez anestesiada la piel, por el tubo (catéter) de drenaje biliar que usted tiene colocado, se inyectará un líquido (medio de contraste) que permite ver los conductos de la bilis en las radiografías. A continuación se extraerá ese tubo colocándose uno nuevo para seguir drenando adecuadamente la bilis. Esta intervención tendrá una duración, aproximadamente, de 30 minutos. Se podrá utilizar sedación para evitarle molestias durante la misma. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma 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 DEL RECAMBIO DE DRENAJE BILIAR

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.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos 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, pero en algún caso podría requerir intervención urgente.
- Salida de la bilis a la cavidad abdominal, produciéndole dolor. Normalmente, es transitoria, aunque, excepcionalmente, podría ser necesaria una intervención quirúrgica.
- Infección de los conductos de la bilis (colangitis) o generalizada (sepsis), que normalmente cede con tratamiento médico.

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, la alternativa sería resolver su problema de las vías biliares 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 realizado el RECAMBIO DE DRENAJE BILIAR.

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:	