

Consentimiento informado biopsia hepática con aguja gruesa (BAG)

D./Dña. _____,
de _____ años de edad, con domicilio en _____
_____, y con DNI _____

D./Dña. _____,
de _____ años de edad, con domicilio en _____
_____, y con DNI _____ en
calidad de _____ del paciente _____

DECLARO

Que el Dr./Dra. _____ me ha explicado debidamente que es conveniente proceder a la realización de una BIOPSIA HEPÁTICA CON AGUJA GRUESA (BAG).

¿QUÉ LE VAMOS A HACER Y PARA QUÉ?

La prueba que le vamos a realizar, a petición de su especialista, consiste en tomar una muestra de tejido del interior del hígado mediante una aguja gruesa, a través de la cual se extraen cilindros que contienen tejido hepático de la zona que se ha solicitado biopsiar. El propósito principal de la biopsia es el estudio anatomopatológico de la lesión, para lo cual se obtendrá una muestra parcial de la misma. Se realizará con guía ecográfica, para aumentar las posibilidades de que el tejido obtenido sea de la zona que se desea analizar.

Previamente, se le infiltrará la zona con anestésico local.

¿QUÉ BENEFICIO SE PRETENDE OBTENER CON ELLO?

Si la muestra de tejido es lo suficientemente demostrativa, las características de anatomía patológica del material obtenido permitirán identificar su dolencia y plantear el tratamiento más adecuado con la mayor celeridad posible. La única alternativa válida al procedimiento es la cirugía.

¿CÓMO TIENE QUE PREPARARSE?

Es necesario estar en ayunas. Cuando se hace con carácter ambulatorio y dado que conoce con antelación la fecha de realización de la prueba, en caso de que usted tome medicación anticoagulante (Sintrom) o antiagregante (Aspirina, Plavix, etc.) ha de avisar a su médico tratante para que le informe si ha de modificar (o suspender) dicho tratamiento antes de la prueba.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Existen unos riesgos típicos:

Hematoma que habitualmente se produce por el sangrado de la zona de donde se ha extraído el cilindro de tejido y a lo largo del trayecto de la aguja.

Como el procedimiento se realiza con anestesia local, cuando el anestésico local pierde su efecto podrá notar alguna molestia, por lo que puede tomar cualquier

analgésico al que esté habituado, excepto Aspirina ni otros fármacos similares, dado que pueden facilitar el sangrado.

Existen riesgos que siendo infrecuentes, pero no excepcionales, se consideran graves: Como en toda punción, existe un pequeño riesgo de infección, pero debe saber que tomamos todas las precauciones necesarias para intentar evitarlo.

Además del sangrado ya mencionado y el dolor que podría producirse, está descrita, con muy baja frecuencia, la posibilidad de que la punción afecte a tórax, incluyendo la posibilidad de un neumotórax y/o hemotórax por punción de la pleura, que puede requerir de la colocación de un tubo para su resolución.

Otro riesgo es el sangrado a la vía biliar (hemobilia) o lesión de la vía biliar con fuga de su contenido (peritonitis biliar). Existe la posibilidad de una reacción alérgica al anestésico local con el que se infiltrará la zona para evitar la molestia del procedimiento.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas:

¿CUÁLES SON LAS CONTRAINDICACIONES?

La prueba está contraindicada si hay alteraciones de la coagulación. Ya que es necesario infiltrar con anestesia local la zona, hacer una pequeña incisión y puncionar el hígado para extraer la muestra, por lo que de existir trastornos de la coagulación espontáneos o debidos a fármacos el riesgo de sangrado es mayor.

Por lo tanto, se me ha informado de los posibles riesgos del procedimiento y no se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos previstos.

He comprendido la naturaleza de la prueba, estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado, y por ello DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique el procedimiento de BIOPSIA HEPÁTICA CON AGUJA GRUESA.

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Médico
Nº de Colegiado
Fdo.:

Paciente
Fdo.:

Representante legal
Fdo.:

Denegación o Revocación

Yo, D./Dña _____

Después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos de la prueba antes señalada, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Médico
Nº de Colegiado
Fdo.:

Paciente
Fdo.:

Representante legal
Fdo.: