

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA COLANGIOGRAFIA
PERCUTANEA.**

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

INFORMACIÓN GENERAL

El objetivo de esta prueba es conocer el estado de los conductos de la bilis. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA

La colangiografía percutánea es una exploración radiológica que consiste en pincharle, a través del hígado, un conducto de la bilis con una aguja fina. A través de ella se le inyectará un líquido (medio de contraste) para ver los conductos de la bilis en las radiografías. En ocasiones, es imposible realizarse esta exploración por no tener unos conductos biliares suficientemente dilatados para pincharlos. La duración de la exploración será de, aproximadamente, 45 minutos. Se le administrará anestesia local y se podrá utilizar sedación para evitarle molestias. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo por los hallazgos encontrados para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento 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...), y los específicos del procedimiento:

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos:

Por medio de contraste: reacciones alérgicas

- Leves: náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves: alteraciones de los riñones

Por la técnica:

- Hemorragia por la punción. Es muy rara, cede sola
- Infección de los conductos biliares (colangitis) o generalizada (sepsis). Para evitar esta complicación se le administrarán los antibióticos necesarios.
- Salida de la bilis a la cavidad abdominal, produciéndose dolor. Normalmente, es transitoria, aunque, excepcionalmente, puede ser necesario intervenirle quirúrgicamente.

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

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), si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

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

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, existen otras alternativas menos agresivas para estudiar conductos biliares: ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética. No obstante, estas exploraciones puede que no aporte una información equivalente a la obtenida con la colangiografía percutánea.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

<u>Consentimiento</u>		
Yo, D/Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizado una COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA .		
Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado /a, según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____		
_____, a _____ de _____ de _____		
PACIENTE	MÉDICO	REPRESENTANTE LEGAL
Fdo: D.N.I.:	Fdo: Nº Colegiado:	Fdo: DNI:

<u>Denegación o Revocación</u>		
Yo, D/Dña. _____ después de ser informado /a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, 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.		
_____, a _____ de _____ de _____		
PACIENTE	MÉDICO	REPRESENTANTE LEGAL
Fdo: D.N.I.:	Fdo: Nº Colegiado:	Fdo: DNI: