

La intervención dura aproximadamente 20 minutos, y en ocasiones requiere sedación.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, las alternativas son el drenaje mediante intervención quirúrgica.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Por la técnica que estamos realizando:

- Los más frecuentes:

Los más frecuentes son los leves como escozor al introducir la anestesia, o dolor en el lugar de la punción una vez pasa el efecto de la anestesia.

También puede haber “tiritona” que se suele resolver con tratamiento médico.

Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo.

- Los más graves:

Se puede pinchar un órgano de la cavidad abdominal, que generalmente no requiere ningún tipo de tratamiento.

Salida de bilis a la cavidad abdominal, que si es importante puede requerir intervención quirúrgica urgente.

Se puede pinchar un vaso sanguíneo (arteria o vena), que si sangra mucho, y de manera excepcional, podrá requerir tratamiento.

Punción accidental de la capa que rodea al pulmón (pleura). Esta complicación se denomina neumotórax y es muy rara.

Por el medio de contraste (contraste yodado):

- Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de colecistostomía percutánea y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. _____ DNI _____

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)

Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años
de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en
calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y
dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento
otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y
() deseo/ () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____