

Durante esta intervención se le administrará anestesia local.

La duración de la intervención será, aproximadamente, de unos 90 minutos, realizándose primero el drenaje y posteriormente y si estuviera indicado y fuera posible, en una segunda intervención, se colocaría la endoprótesis.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, existen otras alternativas mediante intervención quirúrgica o por vía endoscópica.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Por la técnica que estamos utilizando:

- Hemorragia en los conductos biliares (hemobilia). Normalmente cede sola en las primeras 24 horas, pero en casos excepcionales puede requerir una intervención urgente.
- Infección de los conductos (colangitis) o generalizada (sepsis). Para evitar esta complicación se le administrarán los antibióticos necesarios.
- Salida de la bilis a la cavidad abdominal, produciéndole dolor. Normalmente es transitoria, aunque excepcionalmente puede ser necesario intervenirle quirúrgicamente.
- Inflamación del páncreas (pancreatitis) consecuencia de la manipulación de las vías biliares
- Punción accidental de órganos vecinos, que raramente requerirá tratamiento.
- Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo.
- Salida accidental del catéter, que obligaría a reintervenirle.
- Imposibilidad de canalizar la vía biliar y por tanto persistencia de su problema.

Por el medio de contraste yodado:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

Leves (3%) como náuseas, picores o lesiones en la piel. Normalmente no requieren tratamiento o se corrigen fácilmente con la medicación adecuada

Moderadas (0,04%) Incluyen reacciones vasovagales, broncoespasmo, disnea, alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial. Generalmente se corrigen con el tratamiento adecuado.

Raramente graves (0,004%). Incluyen edema de laringe, convulsiones, hipotensión profunda, arritmias cardíacas, pérdida de conocimiento y edema de pulmón.

Además el contraste yodado puede ocasionar un deterioro de la función renal, aunque la mayoría de estos episodios son leves y transitorios, y suelen estar ligados a alguna patología renal subyacente o al uso de algunos medicamentos (antibióticos nefrotóxicos, algunos anti-inflamatorios)

Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento

Un ligero incremento del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.

Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

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

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

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 Drenaje biliar y Endoprótesis biliar 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

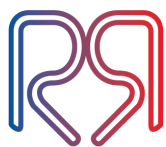
Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

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: _____