

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA

Etiqueta del paciente

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA**

1.- Es una técnica que pretende la toma de un pequeño cilindro de tejido hepático a través de una punción en la piel con una aguja de biopsia hepática. Está indicada cuando existan dudas diagnósticas tras la realización de pruebas de laboratorio y técnicas de imagen o queremos conocer el grado de afectación hepática.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista en aparato digestivo o hepatólogo, se realiza con anestesia local y previamente se localiza el lugar idóneo para hacer la punción mediante una ecografía abdominal.

3.- Con el paciente habitualmente en decúbito supino, se procede a desinfectar y anestesiar la zona de punción y se introduce la aguja de biopsia hepática tomando un pequeño cilindro de tejido hepático. En ocasiones es necesario repetir la punción para obtener suficiente muestra.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, puede no obtenerse una adecuada muestra o presentarse efectos indeseables. Las complicaciones menores son las más frecuentes y fácilmente controlables: Dolor leve (30%) a moderado (3%), localizado en el lugar de punción, en la boca del estómago o en el hombro derecho, que precise la administración de analgesia, mareo o síncope por reacción vasovagal (3%), náuseas o vómitos, hematomas superficiales o flebitis. Las complicaciones mayores son menos frecuentes e incluyen: hemorragia (la complicación mayor más frecuente, <1,5%), punción de otros órganos, infección, hipotensión, hemorragia, hematomas, hemobilia, reacción alérgica, enfisema subcutáneo, enfisema de epiplon, pneumotórax, fuga de ascitis, perforación, peritonitis, sepsis y cicatriz abdominal, o excepcionales, como diseminación tumoral, arritmias y parada cardiaca. En un porcentaje inferior al 1% las complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad (1/10.000).

5.- Para la realización de la prueba debe mantenerse en ayunas de al menos seis horas. Tras el procedimiento debe permanecer ingresado y en reposo un mínimo de 6 horas y posteriormente en domicilio debe evitar realizar esfuerzos en una semana. Se me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Algunas situaciones especiales o

enfermedades (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,...) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración.
Y en tales condiciones.

CONSIENTO

que se me realice una **BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA.**

En Madrid a fecha

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCAION

DON/DOÑA.
de años de edad, CON DOMICILIO EN y D.N.I. Nº

O en su lugar, DON/DOÑA.
de años de edad. CON DOMICILIO EN y D.N.I. Nº
. EN CALIDAD DE
(Representante legal, familiar o allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha , y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Madrid a

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL