

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARACENTESIS

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en la realización de una punción con aguja en el abdomen, para la extracción de una muestra del líquido acumulado en el mismo, líquido ascítico, que nos permite conocer la causa de la enfermedad que padece mediante su estudio (paracentesis diagnóstica), o eliminar el líquido acumulado en el abdomen con fines terapéuticos (paracentesis evacuadora).

La punción se realiza de forma general en la parte inferior izquierda del abdomen y, si lo considera su médico, bajo anestesia local. En algunos casos, en los que no se obtenga líquido en este punto, se buscarán otras zonas del abdomen donde realizar la punción a través de una ecografía abdominal.

La finalidad de la paracentesis diagnóstica es orientar en la causa de la enfermedad. En el caso de la paracentesis evacuadora, es aliviar los síntomas como son inflamación abdominal, náuseas, dificultad para respirar, etc, debidos al exceso de líquido acumulado.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Ocasionalmente pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor leve en la zona de punción.
- Hematoma en la zona de punción.
- Reacción alérgica al anestésico local en caso de emplearlo.
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Punción de vísceras intraabdominales (bazo, asas intestinales, vejiga, etc.).
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).
- Neumoperitoneo (entrada de aire en la cavidad abdominal).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede  
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

### CONTRAINDICACIONES

Alteraciones graves de la coagulación no corregidas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

### AUTORIZACIÓN PARA "PARACENTESIS"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

### Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: