

Documento de información al paciente para paracentesis

A usted se le va a practicar una PARACENTESIS, técnica que mediante la punción del abdomen con una aguja o catéter, permite la extracción de líquido que se encuentra en el interior de la cavidad abdominal (denominado líquido ascítico) para su análisis a fin de aproximarnos a un diagnóstico de la enfermedad causante (*paracentesis diagnóstica*) y, en determinados casos, para evacuar este líquido (*paracentesis terapéutica*). De acuerdo con la normativa legal actual, es obligado que usted preste por escrito su consentimiento antes de proceder a la técnica, pero previamente es necesario, lógicamente, que esté correctamente informado. Por ello, antes de dar su consentimiento lea atentamente este escrito y cualquier duda que se le presente pregúntela a su médico o a la persona que le realizará la prueba.

1. DESCRIPCION Y OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Con el paciente habitualmente acostado sobre la espalda, y tras la desinfección de la zona de punción, se anestesia la zona y se realiza la punción para extraer el líquido ascítico para su estudio. En caso de realizarse con intención evacuadora, el catéter se conecta a un sistema de drenaje.

2. BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR: Conseguir un diagnóstico de la causa de la ascitis, descartar la infección del líquido y la mejoría clínica con disminución de las complicaciones secundarias al uso de fármacos diuréticos, acortando la estancia hospitalaria en pacientes en los que se practica paracentesis terapéutica.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existen otras alternativas con fines diagnósticos o terapéuticos.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACION

Diagnóstico de la causa de la ascitis, de su posible infección del líquido y tratamiento de la misma.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACION

En el caso de no realizar paracentesis diagnóstica puede demorarse, por la necesidad de realización de más exploraciones complementarias, el diagnóstico definitivo e incluso pasar desapercibida una infección del líquido ascítico. En el caso de ascitis masiva, la no realización de paracentesis evacuadora obliga a la utilización de dosis más elevadas y durante más tiempo de fármacos diuréticos, aumentando el riesgo de complicaciones, como insuficiencia renal, y la estancia hospitalaria, que podría complicarse con infecciones nosocomiales, es decir, adquiridas en el medio hospitalario.

6. RIESGOS FRECUENTES

A pesar de su adecuada realización, puede experimentar dolor, hemorragia o hematomas en el punto de punción y salida de líquido ascítico a través del trayecto recorrido por la aguja utilizada para la punción, hacia el exterior o a través de los planos de la pared abdominal (por ejemplo, edema escrotal).

7. OTROS RIESGOS

También puede producirse punción visceral, infección, neumoperitoneo (entrada de aire al interior del abdomen) o hemoperitoneo (hemorragia en el interior del abdomen); estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, y conllevan un riesgo mínimo de mortalidad.

Los productos que se utilizan para la anestesia local pueden originar complicaciones, fundamentalmente alérgicas. La seroalbúmina utilizada en las paracentesis terapéuticas para evitar el deterioro hemodinámico (alteraciones en la circulación de la sangre) y renal que se puede producir en las paracentesis terapéuticas cuando se extrae un elevado volumen de líquido ascítico, también puede ocasionar reacciones alérgicas.

8. RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA PERSONAL DEL PACIENTE

Algunas circunstancias (como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiopulmonares, obesidad, ser portador de prótesis cardiacas o marcapasos, alteraciones de la coagulación y edad avanzada entre otras) puede aumentar el riesgo de la técnica. Debe avisar de posibles alergias medicamentosas e informar acerca de las medicaciones que tome actualmente y de las enfermedades que padezca.

DECLARO

1. QUE EL DR./DRA. _____, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la realización de una PARACENTESIS.
2. Que conozco los beneficios que se pretenden alcanzar con la técnica.
3. Que conozco las complicaciones que se pueden presentar con la técnica a pesar de su correcta realización.
4. Que el médico me ha indicado la preparación recomendada y me ha advertido de la necesidad de avisar de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones o cualquier otra circunstancia relacionada con mi salud.
5. Que mi situación vital actual puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.
6. Que el médico me ha explicado la no existencia de procedimientos alternativos.
7. Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y que el médico que nos ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
8. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARACENTESIS

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y D.N.I. nº. _____

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y D.N.I. nº. _____ en calidad de _____ del paciente

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la técnica. Y a tales condiciones, **CONSIENTO** que se me realice una PARACENTESIS.

En _____, a _____ de _____ de 2 _____

**Fdo.: El/La Médico
Nº de Colegiado**

Fdo.: El/La Paciente

Fdo.: El/La representante legal

REVOCACION

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y D.N.I. nº. _____

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y D.N.I. nº. _____ en calidad de _____ del paciente

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

En _____, a _____ de _____ de 2 _____

**Fdo.: El/La Médico
Nº de Colegiado**

Fdo.: El/La Paciente

Fdo.: El/La representante legal