

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN PERCUTÁNEA DE LESIONES ABDOMINALES DIRIGIDA POR ECOGRAFÍA**

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

La técnica consiste en introducir una aguja a través de la piel del abdomen hasta llegar a la lesión situada en el interior de la cavidad abdominal y obtener así muestras (biopsia) de la misma, para ser analizadas.

Las muestras a estudiar se pueden obtener con una aguja fina de pequeño calibre (PAAF), cuando solo se necesita obtener líquidos o una pequeña muestra de células, o mediante una aguja gruesa de mayor calibre (BAG), cuando se necesita una muestra de tejido.

Ambas son guiadas mediante ecografía para dirigir y controlar la introducción adecuada de la aguja hasta la lesión.

La técnica se realiza con anestesia local a través de una pequeña incisión en la piel para introducir la aguja. A veces es necesario extraer varias muestras según el tamaño de la lesión.

El médico me ha indicado la preparación recomendada antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, presencia de prótesis, o marcapasos.

La finalidad de la técnica es conseguir muestras de líquido, células o tejidos para su estudio y así poder llegar a un diagnóstico y tratamiento de la lesión.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

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

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Mareo.
- Hematoma en la zona de punción.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección.
- Sangrado intraabdominal durante el procedimiento o tras el mismo, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Fístulas (conexión anormal entre dos partes del cuerpo).
- Punción accidental de otros órganos.
- 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.

### CONTRAINDICACIONES

Trastorno severo de la coagulación no corregible.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Biopsia mediante cirugía.

### AUTORIZACIÓN PARA "PUNCIÓN PERCUTÁNEA DE LESIONES ABDOMINALES DIRIGIDA POR ECOGRAFÍA"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



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

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Digestivo*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: