

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARACENTESIS



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La paracentesis consiste en la extracción del líquido peritoneal alojado en el abdomen, por medio de una punción.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El principal objetivo es la extracción del líquido peritoneal con fines diagnósticos y para aliviar los síntomas derivados del acúmulo del líquido ascítico en el abdomen: distensión abdominal, dolor, anorexia y disnea con el decúbito.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Otros tratamientos que luchan contra la ascitis son los diuréticos y las derivaciones.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La consecuencia más lógica de este procedimiento es la reducción del diámetro abdominal como debido a la extracción de líquido ascítico. Puede aparecer dolor en la zona de punción.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

La no realización de la paracentesis impedirá la realización de un correcto diagnóstico de su enfermedad en caso de que sea diagnóstica, y la ausencia de alivio de los síntomas provocados por la ascitis en el caso de paracentesis evacuadora.

RIESGOS FRECUENTES

A. Reacciones agudas (durante su realización o a las pocas horas de su realización).

– Frecuentes:

1. Dolor en la zona de punción.
2. Fuga de líquido ascítico por el orificio de extracción.
3. Sensación de vacío.

– Poco frecuentes pero potencialmente graves:

1. Perforación.
2. Sangrado.
3. Daño esplénico, hepático o vesical.

B. Reacciones precoces (entre días y semanas) o tardías (semanas o meses), son muy poco frecuentes.

1. Dolor abdominal.
2. Tabicaciones del peritoneo.

La mayoría de las toxicidades son leves y transitorias. Su médico le informará cómo se pueden aliviar o prevenir algunas de ellas. En casos excepcionales, las reacciones tóxicas pueden ser severas y ocasionalmente producir un desenlace fatal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARACENTESIS

*RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE*

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

*ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)*

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **PARACENTESIS**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
.....

FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **PARACENTESIS**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
.....

FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
.....

PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO