



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud .....

Hospital .....

Servicio de Medicina Interna

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: Paracentesis

### INFORMACIÓN

#### ¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

El procedimiento denominado paracentesis consiste en la extracción de líquido ascítico (líquido en el abdomen acumulado de forma inapropiada) mediante una aguja o catéter fino.

Para ello, se tumbará en una camilla en decúbito supino (sobre su espalda) y, tras desinfectar la zona de punción, se le aplicará anestesia local en la zona de la punción. Una vez limpia la zona, el facultativo le realizará la punción para extraerle líquido, generalmente en la parte inferior izquierda de su abdomen.

En ocasiones es necesario localizar el punto de punción, para lo cual se puede utilizar un ecógrafo para localizar la mejor zona para la punción.

En algunas ocasiones, su médico le tiene que administrar medicación para evitar complicaciones a otros niveles (como en los riñones).

#### ¿PARA QUÉ SIRVE?

Mediante esta técnica se puede conseguir dos objetivos:

- En algunos casos tomar una muestra del líquido para su posterior análisis.
- O bien drenar una cantidad importante cantidad de líquido para evacuarlo y eliminar las molestias que le provoca.

#### ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Todas las técnicas médicas tienen riesgos, que en la mayor parte de los casos son leves o muy infrecuentes.

##### Riesgos frecuentes:

- Hematoma pequeño e indoloro en la zona de punción, que suele desaparecer en varios días.
- Dolor leve y pasajero en la zona de punción.

##### Riesgos infrecuentes:

- Hemorragia en el abdomen (hemoperitoneo) por afectación de un vaso sanguíneo.
- Punción de vísceras de forma accidental (bazo, asas intestinales, vejiga, etc.).
- Peritonitis.
- Neumoperitoneo (aire dentro del abdomen).
- Reacción alérgica al anestésico local en caso de emplearlo.

Es muy importante para realizar esta técnica, conocer de antemano la existencia de problemas en la coagulación, de crecimientos de vísceras o de alergias a algún medicamento.

##### Riesgos personalizados:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales o profesionales, son .....

#### ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

No existe alternativa para la paracentesis diagnóstica, es difícil llegar al diagnóstico por otros métodos.

La paracentesis evacuadora no tiene alternativa, en ocasiones el uso de fármacos puede atenuar la cantidad de líquido dentro del abdomen.

#### ¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

La no realización de la técnica puede llevarnos a no poder llegar a un diagnóstico del cuadro clínico.

Si no se realiza una paracentesis evacuadora en una ascitis a tensión, se puede tener importante dolor, dificultad para respirar y en ocasiones complicaciones infecciosas más complejas.

*Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.*

---

Antes de facilitar esta hoja de Consentimiento Informado a su paciente, compruebe si su Centro o Comunidad Autónoma posee un modelo específico para este procedimiento.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud .....

Hospital .....

Servicio de Medicina Interna

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: Paracentesis

### CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre la PARACENTESIS, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso.

Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Observaciones del paciente .....

CONSENTIMIENTO Lugar y Fecha .....

Firma del paciente  
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico  
(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

DENEGACIÓN Lugar y Fecha .....

Firma del paciente  
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico  
(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

REVOCACIÓN Lugar y Fecha .....

Firma del paciente  
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico  
(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

Fecha de Validación .....