

## Servicio de Digestivo

### FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

#### 1. Documento de información para punción percutánea de lesiones abdominales dirigida por ecografía.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información, le atenderemos con mucho gusto.

**1.1. En qué consiste, para qué sirve:** La técnica a la que usted va a someterse consiste en la introducción de una aguja fina a través de la piel del abdomen hasta una lesión situada en el interior (cavidad abdominal) con la intención de obtener una muestra de la misma y de sus células para ser analizadas en el microscópico. Así puede determinarse su naturaleza.

La punción se realiza bajo control de técnicas de imagen (ecografía).

**1.2. Cómo se realiza:** La técnica se realiza tumbado decúbito (acostado sobre su espalda o lateral), se desinfecta al zona y en ocasiones se administra anestesia local. Posteriormente, con control ecográfico se punciona a través de la piel con una aguja fina que se dirige a la zona que nos interesa analizar, ya sea en el hígado, páncreas o cualquier otro órgano de la cavidad abdominal. Una vez situada correctamente la aguja, se realiza la aspiración para la obtención del material. Para su realización requiere que el paciente se encuentre en ayunas. La exploración se realiza en régimen de hospitalización. Si no está hospitalizado/a previamente, se llevará a cabo en forma de hospitalización de corta estancia. Así se pretende lograr una preparación adecuada y controlar al máximo su seguridad tras la exploración. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación durante las cuales se le realizarán controles médicos para detectar la posible aparición de complicaciones.

**1.3. Qué efectos le producirá:** Pueden presentarse en ocasiones efectos indeseables como mareo, o hematoma en la zona de punción.

**1.4. En qué le beneficiará:** Seguro que los beneficios de la realización de dicha prueba superan los riesgos ya que nos permite realizar un diagnóstico definitivo y plantear las posibilidades de tratamiento. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Con la biopsia se conoce detalladamente la enfermedad que padece y es de gran ayuda para el diagnóstico y tratamiento. Si aparecieran complicaciones, se dispone de los medios necesarios para tratar de resolverlas.

**1.5. Otras alternativas disponibles en su caso:** Cuando se considera la realización de una biopsia es porque los datos analíticos y las técnicas de imagen no son suficientes para alcanzar un diagnóstico o porque la información necesaria sólo se puede obtener mediante el estudio de la biopsia. Su no realización nos impediría realizar un diagnóstico de la lesión e incluso obligarnos a realizar cirugía para llegar a este y poder aplicar, si lo tuviese, el tratamiento adecuado.

## Servicio de Digestivo

En su caso:

**1.6. Qué riesgos tiene:** Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• **LOS MÁS FRECUENTES:**

Pueden presentarse en ocasiones efectos indeseables como mareo, o hematoma en la zona de punción.

• **LOS MÁS GRAVES:**

Son excepcionales como infección, hemorragia, fístulas, punción de otros órganos, etc, que ocasionalmente pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

• **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

**1.7. Situaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta:**

**Alergias a medicamentos:** Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

**Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante:** Pueden tener más riesgo de hemorragia.

Se deben tomar precauciones al respecto. Por otra parte, puede ser necesario corregir la coagulación sanguínea mediante transfusión de plasma o plaquetas si está alterada.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo en el caso de aparición de complicaciones.

**1.8. Otras informaciones de interés (a considerar por el/la profesional):**

Awise si padece posibles alergias a medicamentos.

Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Sintrom...) o antiagregante (aspirina, AAS, Tromalyt, Iscover...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.

**1.9. Otras cuestiones para las que le pedimos su consentimiento:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para

## **Servicio de Digestivo**

documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

## **2. Consentimiento informado.**

## Servicio de Digestivo

- En el caso de incapacidad del/de la paciente será necesario el consentimiento del/de la representante legal.
- En el caso del menor de edad, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión.
- Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.

### 2.1 Datos del/de la paciente y de su representante legal (si es necesario).

Apellidos y nombre del paciente: .....DNI / NIE: .....

Apellidos y nombre del/de la representante legal: .....DNI / NIE: .....

### 2.2 Profesionales que intervienen en el proceso de información y/o consentimiento:

Apellidos y nombre: ..... Fecha: ..... Firma: .....

Apellidos y nombre: ..... Fecha: ..... Firma: .....

### 2.3 Consentimiento:

Yo, D/Dña ....., manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

.....SI.....NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

.....SI.....NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

.....SI.....NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

.....SI.....NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

En....., a ..... de ..... de 20...

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: .....

Fdo.: .....

### 2.4 Rechazo de la intervención.

### Servicio de Digestivo

Yo, D/Dña. ...., no autorizo la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En....., a ..... de ..... de 20...

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de  
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: .....

Fdo.: .....

#### 2.5 Revocación del consentimiento.

Yo, D/Dña ..... de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En....., a ..... de ..... de 20...

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de  
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: .....

Fdo.: .....