



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

### SABEL-BARNEKO ABZESUAK ETA GAI LIKIDOAK LARRUAZALETIK ZEHAR DRAINATZEA DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESOS Y COLECCIONES LIQUIDAS INTRAABDOMINALES

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

#### B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua da sabel-barnea drainatzea (hustuketa egitea), ahalik eta modu seguruenean. Horretarako, orratz lodikote bat sartuko da larruazaletik, aurretik anesthesiatu ostean, eta irudi-metodo zehatz baten bidez gidatuta (OTA, ekografia). Hortaz, drainatu beharreko gairaino heldu behar da, husteko, beste atalik kaltetu gabe; baliteke, gainera, behin-behineko kateter bat bertan uztea (hodia), helburua hobeto lortu ahal izateko. Sabel-barneko infekzio handiak sorrarazi ditzaketen abzesuak eta zenbait gai likido drainatu behar direnez (hustu), kirurgia irekiaren alternatibatzat erabiltzen da prozedura hau (ez da hain agresiboa); gainera, eraginkortasun handikoa da (%85).

#### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Sartzen den kateterra nahiko lodia denez, tarteko organoren bat kaltetzeko arriskua dago. Horrelakoetan, honakoak gerta daitezke: sabela zulatzea; hemorragiak; fistula; pankreatitisa; pneumotoraxa; edo, drainatu beharreko abzesua sakabanatzea. Ondorio larriak izateko aukera txikia dago, eta, ematekotan ere, ez dira prozedura egiteagatik izaten, prozedura egiteko dagoen jatorrizko arrazoiagatik baino.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

#### B. DEFINICIÓN:

Este procedimiento consiste en introducir una aguja relativamente gruesa a través de la piel, que previamente habremos anestesiado, y guiados por un método de imagen preciso (TAC, Ecografía), acceder a la colección a drenar de la forma más segura posible, evitando dañar otras estructuras, y vaciar dicha colección, o bien, dejar, además, un pequeño catéter (tubo), de modo temporal, para conseguir mejor nuestro objetivo. Dado que hay que drenar (vaciar) los abscesos, así como algunas colecciones líquidas intraabdominales susceptibles de sobreinfección, éste es un procedimiento alternativo ( y menos agresivo) a la cirugía abierta, y de una alta efectividad (85%).

#### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

A consecuencia de la introducción de un catéter relativamente grueso, existe el riesgo potencial de dañar algún órgano del trayecto, en cuyo caso, pudieran presentarse perforación digestiva, hemorragias, fistula, pancreatitis, neumotórax, así como la diseminación del absceso a drenar. Las consecuencias, de extrema gravedad, a las que, en un bajo % de probabilidades, se puede llegar, suelen deberse más al proceso que motiva la indicación de la prueba que a su propia realización.



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:** Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha