

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERICARDIOCENTESIS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La pericardiocentesis es la extracción de líquido mediante una aguja del saco pericárdico, que es la membrana que rodea el corazón.

La técnica se realiza introduciendo a través de la pared torácica una aguja especial montada en una jeringa hasta alcanzar el saco o cavidad, aspirándose el contenido líquido para aliviar la compresión del corazón y/o para obtener una muestra para su estudio. En la mayoría de las ocasiones se retira la aguja y se reemplaza por un catéter que se deja varias horas para obtener un drenaje continuo del líquido.

De forma habitual se lleva a cabo mediante control ecocardiográfico continuo y recibe la sedación y analgesia adecuadas para evitar las molestias y el dolor que pueda originar el procedimiento.

La finalidad es vaciar el saco pericárdico de líquido acumulado que está comprimiendo el corazón y obtener una muestra con fines diagnósticos.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

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:

- Molestias o hematoma en el lugar de punción.
- Palpitaciones debidas al contacto de la aguja con la superficie del corazón.
- Lesión accidental de órganos por la punción: hígado, estómago, corazón (neumopericardio), vasos arteriales o venosos, neumotórax o hemotórax (entrada de aire/sangre al tórax fuera del pulmón).
- Arritmias (variación del ritmo cardiaco).
- Dolor torácico pasajero, bajada de tensión arterial y bradicardia (latido cardiaco lento) de forma pasajera.

Riesgos menos frecuentes y graves:

- Lesión de una arteria coronaria ocasionando un infarto de miocardio.
- Fibrilación ventricular (ritmo ventricular rápido).
- Aumento de cantidad de líquido pericárdico.
- Infección o inflamación del pericardio.
- Perforación y taponamiento cardíaco.
- Arritmias graves.
- Parada cardiorrespiratoria.
- Daño cerebral.
- Sepsis (infección generalizada).
- Endocarditis bacteriana.

- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Dificultad para respirar, hablar o tragar (por lesión del plexo frénico y nervio recurrente).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA "PERICARDIOCENTESIS"

Yo, D./D^a _____, 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.^a _____, 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: Servicio de

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: