

Espacio reservado para la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

INFORMACIÓN GENERAL

Es el uso de una aguja para extraer líquido del saco pericárdico, que es la membrana que rodea el corazón. Este procedimiento se puede utilizar para retirar líquido que lo esté comprimiendo o con el fin de evaluarlo para propósitos de diagnóstico.

EN QUE CONSISTE LA PERICARDIOCENTESIS

Se inserta una vía intravenosa si se requiere el suministro de líquidos o de medicamentos que puedan prevenir el reflejo vasovagal que produce bradicardia (latido cardíaco lento) e hipotensión (reducción de la presión sanguínea).

Se limpia y se aplica anestesia local en el lugar de la inserción, por debajo del esternón, luego se introduce una aguja de pericardiocentesis en el saco pericárdico, la cual se guía hasta el saco pericárdico. Las derivaciones del electrocardiograma (ECG) se pueden fijar a la aguja con un sujetador, con el fin de ayudar a ubicarla adecuadamente. Por lo general, se utiliza el ecocardiograma para ayudar a colocar la aguja y controlar el procedimiento del drenaje.

Una vez que la aguja llega al saco pericárdico, se pasa una guía de alambre y se retira la aguja para reemplazarla por un catéter. Se extrae el líquido a través del catéter y se lo coloca en recipientes. Generalmente, se deja el catéter en su sitio para el drenaje continuo por varias horas.

En algunos casos difíciles, puede ser necesario practicar una pericardiocentesis quirúrgica, procedimiento por medio del cual se drena el líquido a través de un método más invasivo que puede requerir anestesia adicional. Puede haber una sensación de presión al momento de entrar la aguja y algunas personas pueden sentir un dolor torácico pasajero que puede requerir el uso de analgésicos.

Si este examen es electivo, se solicita restringir el consumo de líquidos o alimentos sólidos durante seis horas antes del procedimiento. Además, el paciente debe firmar un formulario de consentimiento.

Este procedimiento usualmente se realiza para evaluar la causa de un derrame pericárdico (líquido en el saco pericárdico) recurrente o crónico. También se lo puede emplear como una medida de tratamiento para aliviar el taponamiento cardíaco (compresión del corazón debido a una acumulación de líquido dentro del saco pericárdico).

RIESGOS DE LA PERICARDIOCENTESIS

- ✓ Punción del miocardio (músculo cardíaco) o de una arteria coronaria (vasos sanguíneos que proporcionan sangre al músculo cardíaco)
- ✓ Neumopericardio (entrada de aire al saco pericárdico)
- ✓ Infarto de miocardio (ataque cardíaco)
- ✓ Arritmias inducidas por agujas (latidos irregulares del corazón)
- ✓ Infección (pericarditis)
- ✓ Punción del pulmón, hígado o estómago

Riesgos personalizados:

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas:

Consentimiento - Pericardiocentesis

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **Pericardiocentesis**.

En _____, a ____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./Dª _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a ____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.