



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud

Hospital

Servicio de Medicina Interna

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Pericardiocentesis

INFORMACIÓN

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

Mediante la pericardiocentesis, se pretende la extracción de líquido (que puede ser sangre, exudado o pus) acumulado en la membrana que rodea al corazón (cavidad pericárdica).

Para ello, se limpia y desinfecta la zona torácica, y aplicamos anestesia. Por su complejidad, esta técnica se realiza en una UCI y monitorizamos la actividad cardíaca, presión arterial y función respiratoria.

El facultativo coloca una aguja montada en una jeringa hasta alcanzar la cavidad pericárdica. Se retira la aguja y se reemplaza por un catéter en el espacio pericárdico que se deja varias horas para obtener un drenaje continuo del líquido que ocupa el saco pericárdico. Gracias a un control ecocardiográfico continuo, podemos controlar la localización del catéter.

¿PARA QUÉ SIRVE?

- Facilitar el movimiento del corazón que puede verse alterado por una cantidad importante de líquido en la cavidad cerrada.
- Analizar este líquido pericárdico con fines diagnósticos.

¿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:

- Neumotórax por punción accidental de la zona pleural (que rodea los pulmones) puede ser una situación muy grave, que se resuelve con la retirada del aire acumulado.
- Neumopericardio (aire en la cavidad pericárdica).
- Punción hepática.
- Mediastinitis.
- Hemorragia por afectación de un vaso importante.
- Arritmias cardíacas (controladas mediante monitorización).

Riesgos graves:

- Arritmias malignas que provoquen parada cardíaca (fibrilación ventricular).
- Infarto agudo de miocardio.
- Taponamiento cardíaco por aumento de contenido en la cavidad pericárdica.

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?

Sin duda es la técnica de elección para conseguir los objetivos mencionados. En ocasiones es necesario técnicas más agresivas como la pericardiectomía o la ventana pericárdica.

¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

La no realización de la técnica puede llevarnos a una incapacidad del corazón para su funcionamiento, provocando la muerte, o a no conocer la causa del derrame pericárdico.

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: Pericardiocentesis

CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre la PERICARDIOCENTESIS, 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