

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PERICARDIOCENTESIS

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

SECCIÓN DE HEMODINÁMICA

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Técnica ideada para el estudio y tratamiento del derrame pericárdico y solución del taponamiento cardíaco (urgencia vital). Bajo anestesia local se realiza punción con trocar a nivel de la apéndice xifoides del esternón dirigiendo la aguja de punción en dirección ascendente paralela a la pared torácica buscando el saco pericárdico, una vez localizado este se extrae totalmente o parcialmente su contenido para resolución del problema (taponamiento cardíaco) o bien estudio (derrame pericárdico de origen inflamatorio o infeccioso), colocándose a continuación un drenaje durante 24-48 horas. Con esta técnica se resuelve el taponamiento cardíaco y se diagnostica su origen, indicándose el tratamiento más idóneo.

Debe realizarse con el paciente en ayunas de al menos 3 horas, si la urgencia vital lo permite.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Estudio del derrame pericárdico y tratamiento del taponamiento cardíaco.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existen otras pruebas alternativas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Taponamiento cardíaco.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Esta prueba se realiza prácticamente siempre en situación de compromiso y de compresión cardíaca por la acumulación del líquido en el pericardio, por lo que el no legalizárselo puede ocasionarle taponamiento cardíaco, que de de extrema gravedad pudiendo ocasionarle la muerte.

RIESGOS FRECUENTES

Habitualmente no produce complicaciones a pesar de lo aparatoso que parece el introducir una aguja dentro de las membranas que recubren el corazón.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Derivadas de la punción torácica: punción cardíaca, perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, arritmias graves, muerte, daño cerebral, sepsis, endocarditis bacteriana, hematoma, neumotórax, hemotórax, tromboembolismo pulmonar y sistémico, lesión plexo frénico y nervio recurrente.

Derivadas del agente anestésico y del antibiótico: anafilaxia, vómito, broncoaspiración, parada

cardiorrespiratoria.

Derivadas del manejo de los catéteres de drenaje: perforación venosa o arterial, hemorragia, flebitis, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y sistémico, perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, arritmias graves, muerte, daño cerebral, sepsis, endocarditis bacteriana.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA