



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** Es la extracción, mediante una aguja, del líquido acumulado en el saco pericárdico que es la membrana que rodea al corazón. Se canaliza un acceso venoso por si se requiere el suministro de líquidos o de medicamentos que puedan prevenir el reflejo vasovagal que provoca bradicardia (latido cardíaco lento) e hipotensión (reducción de la presión sanguínea).
2. **¿Cómo se realiza?** Se limpia y se aplica anestesia local en el lugar de la inserción, por debajo del esternón. A continuación se introduce una aguja de pericardiocentesis, la cual se guía hasta el saco pericárdico. Las derivaciones del electrocardiograma se pueden fijar al extremo de la aguja con el fin de 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 atraviesa una guía de alambre y se retira la aguja para reemplazarla por un catéter. Se extrae el líquido a través del catéter y se coloca en recipientes. Generalmente, se deja el catéter en su sitio para el drenaje continuo durante varias horas.

En algunos casos difíciles puede ser necesario realizar 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 introducir la aguja y algunas personas pueden sentir un dolor torácico pasajero que puede requerir el uso de analgésicos. En caso de realizar este procedimiento, se solicita restringir el consumo de líquidos o de alimentos sólidos durante las seis horas previas.

Este procedimiento se realiza habitualmente para evaluar la causa de un derrame pericárdico (líquido en el saco pericárdico) recurrente o crónico. También se puede emplear como tratamiento para aliviar el taponamiento cardíaco (compresión del corazón debido al acúmulo de líquido en el saco pericárdico).

3. ¿Qué riesgos tiene?

- A lo largo de la prueba se pueden notar palpitaciones debido al contacto de la aguja con la superficie del corazón. Puede tener molestias en la zona de punción que se aliviarán con la administración de analgésicos.
- Menos frecuentes son otras complicaciones que podrían llegar a ser graves como la punción de una arteria coronaria, la entrada de aire en el pericardio (neumopericardio), la infección del pericardio y el infarto de miocardio. Algunas de estas pueden precisar una intervención quirúrgica urgente. Es excepcional el riesgo de muerte, inferior al 1%.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La realización de la prueba ayudará en el proceso diagnóstico del derrame pericárdico o en la resolución de un taponamiento cardíaco.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

No se podrá obtener la información diagnóstica prevista ni resolver un taponamiento cardíaco.

6. Alternativas

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso.
Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

7. Riesgos en función de su situación

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
PERICARDIOCENTESI /
CARDIOLOGÍA
PERICARDIOCENTESIS**

8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRONICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	--	-----------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NUM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	---	---

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante*, _____ d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, _____ d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, _____ d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.