

**CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE
PERICARDITIS CONSTRICTIVA (PERICARDIECTOMIA)**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía de Pericardiectomia, es un procedimiento que consiste en disecar y retirar todo el pericardio.

Esta cirugía es a corazón abierto, con anestesia general y con uso de circulación extracorpórea.

La Pericarditis es la inflamación y la irritación del pericardio, ésta es la membrana delgada con forma de saco que rodea el corazón. A menudo, la pericarditis causa dolor en el pecho y, a veces, otros síntomas. El dolor agudo del pecho asociado a pericarditis se produce cuando las capas irritadas del pericardio se frotan entre sí.

Por lo general la pericarditis comienza en forma repentina, pero no dura mucho tiempo (aguda). Cuando los síntomas se manifiestan de manera más gradual o continúan, la pericarditis se considera crónica (más de tres meses).

Por lo general la pericarditis crónica se asocia a inflamación crónica y puede generar la aparición de adherencias alrededor del corazón, aunque el síntoma más frecuente de la pericarditis crónica es el dolor de pecho y la falta de aire (disnea).

Según el tipo, los signos y síntomas de la pericarditis pueden comprender algunos de los siguientes o todos ellos: Dolor de pecho punzante e intenso, en el centro o lado izquierdo del pecho, por lo general es más intenso al inhalar, Dificultad para respirar al inclinarse, Palpitaciones cardíacas y arritmias, Sensación general de debilidad, fatiga, o náuseas, Tos, Hinchazón abdominal y en las piernas.

Con frecuencia la causa de la pericarditis crónica es difícil de determinar. Puede ser causa de una infección viral o puede manifestarse después de un infarto al miocardio a causa de la irritación del músculo cardíaco dañado subyacente o después de una cirugía cardíaca, entre otras.

Pericarditis Constrictiva, es una complicación avanzada de la pericarditis, aunque es poco frecuente, algunas personas que padecen de pericarditis, en especial quienes sufren de

inflamación a largo plazo y recurrencias crónicas, pueden presentar engrosamiento, cicatrización y contracción del pericardio.

En estos casos el pericardio pierde elasticidad y se asemeja a una coraza ajustada alrededor del corazón, lo que impide que el corazón trabaje correctamente, esta condición a menudo produce falla del corazón, cansancio y edema de piernas.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Arritmias
- Atelectasias

Poco frecuentes y graves:

- Lesión nervio frénico
- Falla cardíaca

Otros:

- Infección de la herida operatoria
- Sangrado
- Accidentes vasculares neurológicos
- Falla renal
- Falla respiratoria
- Y muy eventualmente la muerte

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, son: Falla cardíaca, Muerte

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **cirugía de Pericarditis Constrictiva (Pericardiectomia)**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE PERICARDITIS CONSTRICTIVA (PERICARDIECTOMIA), por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)