

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
VENTANA PERICÁRDICA**

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 la intervención 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 solicitarle 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 de la intervención 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 Ventana Pericárdica, su objetivo es drenar el líquido acumulado en el pericardio; que es el saco que envuelve el corazón; condición denominada derrame pericárdico.

El derrame pericárdico es la acumulación anormal de líquido en la cavidad pericárdica (saco que rodea el corazón).

El espacio entre las capas del pericardio generalmente contiene una delgada capa de líquido. Pero si el pericardio está enfermo o lesionado, la inflamación que se produce puede generar un exceso de líquido.

La Ventana Pericárdica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en pabellón y consiste en una incisión en el tórax a través de la cual se accede al pericardio, se toma una biopsia de éste y se introduce un tubo. Mediante este procedimiento se extrae el líquido y/o sangre de la cavidad pericárdica. Se pretende aliviar sus síntomas y llegar a un diagnóstico acertado de su enfermedad.

Puede producirse por inflamación del pericardio (pericarditis) en respuesta a una enfermedad o lesión. También puede producirse cuando el flujo de líquido pericárdico está obstruido o cuando se acumula sangre dentro del pericardio, por ejemplo, por un traumatismo torácico. En algunos casos, no puede determinarse la causa (pericarditis idiopática).

Las causas de derrame pericárdico son:

- Inflamación del pericardio después de una cirugía cardíaca o infarto al miocardio.
- Enfermedades autoinmunes, como artritis reumatoide o lupus.
- Propagación de cáncer (metástasis), particularmente el cáncer de pulmón, cáncer de mama, melanoma, leucemia, linfoma no Hodgkin o la enfermedad de Hodgkin.
- Radioterapia, si el corazón estuvo dentro del área de radiación.
- Insuficiencia renal (uremia).
- Tiroides hipoactiva (hipotiroidismo).
- Infecciones virales, bacterianas, por hongos o parásitos
- Traumatismo o herida punzante cerca del corazón.
- Algunos medicamentos, como hidralazina (para la presión arterial alta), Isoniazida (para la tuberculosis) y Fenitoína (para las convulsiones epilépticas).

El derrame pericárdico puede presionar el corazón y afectar su funcionamiento, produciendo lo que se llama taponamiento cardíaco con insuficiencia cardíaca y llevar la muerte.

Puede tener un derrame pericárdico sin signos ni síntomas, particularmente si el líquido aumentó lentamente; en caso de que sí produzcan **síntomas de derrame pericárdico**, pueden incluir los siguientes:

- Falta de aire o dificultad para respirar (disnea).
- Malestar al respirar cuando está acostado (ortopnea).
- Dolor en el pecho, generalmente detrás del esternón o del brazo izquierdo del pecho.
- Inflamación torácica.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, 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.

Puede ocurrir 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 u otras, como otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes:

- Enfisema subcutáneo (entrada de aire al tejido subcutáneo).
- Infección
- Sangrado.
- Dolor en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves:

- Infección de la cavidad pericárdica
- Hemorragia de grandes vasos sanguíneos.
- Muy eventualmente la muerte.

Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia.

La presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada incluso en unidades de manejo de paciente crítico y mayores costos asociados.

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: Taponamiento cardíaco o falla cardíaca.

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 (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 **cirugía de Ventana Pericárdica,** 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 VENTANA PERICÁRDICA, 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)