

Consentimiento Informado Cirugía de la Pericarditis Constrictiva

Cirugía Cardiovascular
Clínica Dávila

Consentimiento Informado para Cirugía de la Pericarditis Constrictiva

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación al tratamiento quirúrgico de:
PERICARDIECTOMÍA.

INFORMACIÓN GENERAL

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 causas de pericarditis son:

- Trastornos inflamatorios sistémicos (infecciones virales u otros. Estos pueden comprender lupus y artritis reumatoide).
- Traumatismo. Las lesiones en el corazón o el tórax pueden deberse a un accidente vehicular, u otro tipo de accidente, también a cirugía cardíaca.
- Radioterapia.
- Idiopática (no se encuentra la causa).

Mi médico tratante me ha explicado que mi enfermedad es una complicación avanzada de la pericarditis crónica llamada **PERICARDITIS CONSTRICTIVA**, 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.

Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido la información que considero adecuada y que he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas, respecto de la intervención denominada **PERICARDECTOMIA** información que se ha referido entre otros, a los siguientes puntos:

La hipótesis diagnóstica, consistente en Pericarditis Constrictiva.

1. Entre las alternativas no se cuentan el tratamiento médico, por lo que en base a la recomendación de mi médico tratante, que la Cirugía Pericardectomía es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.
2. He comprendido que esta cirugía es a corazón abierto, con anestesia general y con uso de circulación extracorpórea.
3. La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:
 - Infección de la herida operatoria.
 - Sangrado.
 - Accidentes vasculares neurológicos.
 - Arritmia.
 - Falla renal.
 - Falla respiratoria.
 - Y muy eventualmente la muerte.
4. La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo, (simultaneo) los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

5. La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados. Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesto, entre los cuales se considera: Enfermedades del Pericardio.
6. La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.
7. Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
PERICARDITIS CONSTRICTIVA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).