

# Consentimiento Informado para Ventana Pericárdica

Cirugía Cardiovascular  
Clínica Dávila

## Consentimiento Informado para Ventana Pericárdica

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, a la resolución quirúrgica para drenar el líquido acumulado en el pericardio; que es el saco que envuelve el corazón; condición denominada derrame pericárdico a través de la realización de una:

**VENTANA PERICARDICA PARA REALIZAR UN DRENAJE PERICARDICO DEL LÍQUIDO ACUMULADO EN ESTA CAVIDAD.**

## DESCRIPCIÓN GENERAL

- 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.
- El derrame pericárdico 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 incluyen las siguientes:

- 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.
  
- 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.
  
- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere el uso de anestesia general; además me explicó que mediante este procedimiento se pretende aliviar mis síntomas y llegar a un diagnóstico acertado de mi enfermedad.
  
- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse riesgos, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos.

**Frecuentes:**

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

**Poco frecuentes:**

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

- El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una re intervención.
- Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
- Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de complicaciones como: Infección, Sangrado, necesidad de transfusiones.

He comprendido las explicaciones que se me han dado 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.

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

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

**CONSENTIMIENTO**

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

**VENTANA PERICARDICA (DRENAJE PERICARDICO)**

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).