

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.- DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA DECORTICACIÓN PLEURAL.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento al que usted va a someterse pretende retirar la corteza pleural que rodea y comprime el pulmón, dificultando su expansión. Podría ser necesario reseca una costilla para poder acceder a la corteza, lo cual carece de consecuencias significativas. En ocasiones es necesario reseca (extirpar, quitar) una parte del pulmón destruido. La extirpación de la corteza permitirá que el pulmón se expanda y que se restaure la función pulmonar, diafragmática y de la pared torácica. Si la corteza es de naturaleza infecciosa, se pretende, además de eliminar el foco infeccioso, si existe un espacio pleural vacío, la decorticación facilitará su obliteración al permitir que dicho espacio lo ocupe el pulmón al expandirse.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y hemoderivados, de cuyos riesgos se informa en los documentos de los servicios de anestesia y hematología.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Dependiendo de cada caso, la forma de realizar la decorticación podrá ser por cirugía videoasistida o por toracotomía. Esto generará varias cicatrices pequeñas (de 5 a 30 milímetros) o una cicatriz torácica posterolateral de 15 a 20 centímetros. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o malestar. Si es necesario eliminar parte del pulmón puede quedar una merma funcional proporcional a la cantidad de pulmón extirpada. En general, a largo plazo es esperable una mejoría en la respiración (ventilatoria).

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Generalmente, las consecuencias de no realizar la decorticación son la pérdida de función pulmonar, que puede conducir a insuficiencia respiratoria y a largo plazo, a hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca. Si la naturaleza de la corteza es infecciosa, su mantenimiento podría dar lugar a un cuadro de sepsis –infección generalizada grave– incluso si la naturaleza de la corteza no fuese infecciosa, el pulmón atrapado tiene más posibilidades de infectarse. La retracción progresiva que ejerce la corteza puede reducir el volumen del lado del tórax afectado y provocar escoliosis –desviación de la columna.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier acción médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente puede producirse la muerte.

- **LOS MÁS FRECUENTES**
 - Hemorragia.
 - Infección de la herida.
 - Dolor en la zona de la operación
 - Fuga de aire prolongada, que obliga a mantener los drenajes
 - Otras complicaciones poco frecuentes, pero ocasionalmente graves, son la rotura del diafragma, del esófago y de vasos sanguíneos de grueso calibre; puede lesionarse el nervio frénico (paraliza el diafragma) y el nervio laríngeo recurrente (provoca ronquera).
 - Atelectasias (áreas de pulmón mal ventiladas).

- **LOS MÁS GRAVES**

Rotura de esófago y de vasos sanguíneos importantes. Estas complicaciones son de excepcional presentación.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o Apoderado

Firma Médico