

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 RESECCIÓN DE BULLAS PULMONARES Y PLEURODESIS

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

La intervención a la que usted va a someterse sirve para el tratamiento del neumotórax o de las bullas pulmonares. Está indicado en el neumotórax recidivante, en el neumotórax bilateral, en el neumotórax hipertensivo y en aquellos neumotórax que se acompañan de bullas aparentes.

Los “blebs” o bullas subpleurales son quistes aéreos formados en la periferia del pulmón, producto de la constitución física del paciente y favorecidos por el tabaquismo o la inhalación de humos, en especial de marihuana.

CÓMO SE REALIZA

La intervención se realiza con anestesia general y ventilación separada de ambos pulmones. Generalmente se usan técnicas video asistidas o cirugía de mínima invasión, salvo que las características particulares del caso aconsejen otra vía de abordaje, en cuyo caso se realizaría la toracotomía (apertura del tórax).

El objetivo es localizar estos quistes aéreos, que puede ser único o múltiple, extirparlo y posteriormente provocar una irritación en ambas hojas pleurales que provocan su adherencia (pegar el pulmón a la caja torácica), lo que se conoce como pleurodesis, que puede ser mecánica (por abrasión con algún elemento) o química (con algún producto que se esparce por la cavidad).

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Es un tratamiento altamente eficaz para el neumotórax, no obstante, en un pequeño porcentaje de casos sometidos a este tratamiento puede repetirse un nuevo neumotórax. Generalmente es un procedimiento de corta estancia hospitalaria y que se acompaña de pocas molestias.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Gracias a esta cirugía reducirá significativamente el riesgo de volver a presentar un neumotórax en el pulmón intervenido. Además, de presentarlo, se reduce el riesgo que éste sea un neumotórax a tensión, es decir, que tenga riesgo vital.

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**

Estas complicaciones son de baja incidencia y generalmente se resuelven bien.

- Fuga aérea continuada o hemorragia que obligue a realizar otra intervención.
- Infección pleural.
- Dolor postoperatorio.
- Atelectasias (áreas de pulmón mal ventiladas).

- **LOS MÁS GRAVES**

- Es muy infrecuente la aparición de complicaciones graves en este tipo de intervención.

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