

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-76

Drenaje Pleural Quirúrgico

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La realización de un drenaje de la cavidad pleural, con uno o dos tubos, permitirá la evacuación del contenido anormal que ha entrado o se ha formado en dicha cavidad.

CARACTERÍSTICAS DEL DRENAJE PLEURAL QUIRÚRGICO (En qué consiste)

El cirujano introduce a través del espacio existente entre las costillas uno o dos tubos que llegan hasta la cavidad pleural. Luego conecta el tubo a un sistema de drenaje, con aspiración o sin ella, que permitirá la evacuación paulatina del aire, sangre o pus, según el proceso. Estos tubos se mantienen durante unos pocos días y, en ocasiones, algunas semanas, hasta la curación de la enfermedad. Llegado el momento, el tubo se retira en la cabecera del paciente sin requerir medidas especiales. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DEL DRENAJE PLEURAL QUIRÚRGICO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

La mayoría de ellos están en relación con los procesos de neumotórax recidivante, hemotórax traumático o empiemas pleurales tabicados, o con pacientes de avanzada edad o con enfermedades concomitantes severas.

- Posibilidad de tener que insertar nuevos tubos en la cavidad pleural más adelante, por ubicación inadecuada del tubo o persistencia o recidiva de la ocupación pleural.
- Posibilidad de requerir toracotomía o toracoscopia para tratamiento definitivo.
- Riesgo de reacción cardiovascular vegetativas.
- Posibilidad de aparición de infección pleural, precisando reintervención de mayor dificultad.
- Riesgo de lesión de estructuras vasculares y vísceras durante la realización del procedimiento.
- Infección de la herida quirúrgica. Ocurre hasta en un 5% de los casos.
- Infecciones hospitalarias (producidas al coger una vía venosa o cualquier otra instrumentación durante la intervención o en el postoperatorio). Aunque su hospitalización se acortara lo posible, debe conocer que aproximadamente un 5% de los pacientes ingresados en un hospital contraen infección por gérmenes hospitalarios.
- Otras complicaciones son: rechazo del material de sutura. Hemorragia durante o tras la intervención.
- Riesgo propio del encamamiento postoperatorio: trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar. Atelectasia y neumonía.
- Alteraciones de la cicatrización de la piel.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc..) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-76

Drenaje Pleural Quirúrgico

Rev.04

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Drenaje Pleural Quirúrgico.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Drenaje Pleural Quirúrgico.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Drenaje Pleural Quirúrgico** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)