

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-79

Videotorascoscopia

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

Mediante este procedimiento se pretende explorar el espacio comprendido entre la pleura parietal y la visceral (que recubre íntimamente al pulmón). Asimismo puede accederse mediante esta técnica quirúrgica a las estructuras situadas en el mediastino (timo, esófago, ganglios linfáticos, pericardio o tumoraciones de origen neurogénico). Es útil en el diagnóstico de lesiones pleurales, pulmonares y determinadas lesiones mediastínicas (permitiendo tanto la biopsia como la extirpación completa en algunos casos).

Además, permite la realización de otros procedimientos terapéuticos como es la resección de bulas subpleurales en el tratamiento del neumotórax, la pleurodesis con talco (abrasión pleural en el caso de derrame pleural de diversa etiología como en la neoplásica) o la simpatectomía torácica (sección de la cadena ganglionar simpática en los enfermos con hipersudoración palmo plantar).

### CARACTERÍSTICAS DE LA VIDEOTORASCOSCOPIA (En qué consiste)

La Videotorascopia se practica con anestesia general y con intubación bronquial selectiva de forma que se cree un espacio interpleural para poder introducir los trocares (dos o tres según el instrumental que se emplee con incisiones de piel de 1 cm. aproximadamente a nivel de los espacios intercostales 4° a 6°) y a través de ellos la óptica que nos permite obtener imágenes para proyectarlas en los monitores y el resto del material quirúrgico endoscópico.

La duración en promedio de la intervención es de 2 horas, si bien en el caso de tener que extirpar nódulos pulmonares de difícil acceso el tiempo quirúrgico se prolonga. Si no es posible realizar el procedimiento por la vía mínimamente invasiva (bien porque sea un nódulo inaccesible o por otras razones técnicas), deberá ampliarse la incisión (toracotomía anterolateral).

El tiempo de estadía hospitalizado esta en relación con la retirada del drenaje torácico que habitualmente se retira en 48 a 72 horas luego de la operación. Si fuese necesario realizar la conversión a Toracotomía la estancia se prolonga en promedio a 7 días.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA VIDEOTORASCOSCOPIA

Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento.

Poco graves y frecuentes: Hemorragia, infección, neumotórax, enfisema subcutáneo, Infección o sangrado de herida quirúrgica, Dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: lesión de vasos sanguíneos o de pulmón al introducir los trocares, Embolia gaseosa, trombosis en extremidades inferiores, fístula bronco pleural, empiema pleural post operatorio. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que en mi caso, la mejor opción es la Videotorascopia.

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.

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

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-79

### Videotorascoscopia

Rev. 04

**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)

una **Videotorascoscopia**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Videotorascoscopia**.

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 una **Videotorascoscopia** 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)