

CONSENTIMIENTO INFORMADO DECORTICACION PLEURAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	El procedimiento al que usted va a someterse pretende extirpar la corteza pleural que rodea y comprime el pulmón, dificultando su expansión. Generalmente es 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.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	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.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	En estadios iniciales, la fisioterapia puede ser un tratamiento eficaz, pero en fases avanzadas, no existe ningún tratamiento alternativo a la decorticación.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Cicatriz torácica. 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).
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	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 cardiaca. Si la naturaleza de la corteza es infecciosa, su mantenimiento podría dar lugar a un cuadro de sépsis -infección generalizada grave-; incluso si la naturaleza de la corteza no fuese infecciosa, el pulmón atrapado tiene más posibilidades de infectarse.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica. Hemorragia, la infección de la herida, el dolor en la zona de la operación y la 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 recurrente (provoca ronquera).
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <i>Rotura de esófago y de vasos sanguíneos importantes. Estas complicaciones son de excepcional presentación.</i>
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DECORTIZACION PLEURAL

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo.....DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **DECORTIZACION PLEURAL**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
.....

FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **DECORTIZACION PLEURAL**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
.....

FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
.....

PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO