

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## DRENAJE 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 local en líneas generales. Sin embargo, puede ser necesaria la anestesia general, que le será informado por el servicio de anestesiología.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	<p>La intervención a la que usted va a someterse se trata de la inserción de un drenaje (tubo de material plástico) a través de la piel en la cavidad pleural (que envuelve los pulmones), para evacuar algún fluido que se ha depositado en su interior y que es necesario evacuar para mejorar síntomas, conocer su origen y ayudar a curar la enfermedad que lo origina.</p> <p>Estos fluidos pueden ser: aire (Neumotórax), sangre (Hemotórax), pus, líquidos con características de exudados (inflamatorios) o líquidos con características de trasudados (no inflamatorios).</p> <p>El grosor del tubo es variable y está en función de la fluidez (viscosidad) del fluido a evacuar. Para aire generalmente basta con catéteres (tubos) muy finos, en tanto que la sangre y/o pus requieren de más gruesa sección. Estos tubos se conectan a un mecanismo de válvula unidireccional y de control de succión externa.</p>
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	<p>En la mejoría de sus síntomas y en su estado de salud.</p>
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	<p>En general cuando se prescribe la colocación de un drenaje no existe otra alternativa mejor en ese caso, no obstante en determinadas circunstancias se puede optar por no realizar un gesto quirúrgico y observar la evolución y en otras el vaciado con aguja (Toracentesis).</p> <p>Hay que reseñar que por lo general esta segunda opción no va nada más que a retrasar temporalmente la inserción del catéter pleural en la mayoría de los casos.</p>
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	<p>Generalmente se mantendrán los tubos durante unos días y generarán molestias tipo doloroso que requerirá el uso de analgésicos para lograr confort.</p>
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	<p>Continuará la ocupación de los fluidos antes nombrados en el espacio pleural</p>
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	<p>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. Es una intervención de poco riesgo.</p>
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	<p>Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <i>Lesión del pulmón o de los constituyentes vasculares de la pared torácica, que pueden obligar a tener que abrir el tórax de urgencia para la reparación y al uso de sangre y/o hemoderivados.</i></p>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	<p>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.</p>

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## DRENAJE 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 **CIRUGÍA DE DRENAJE PLEURAL**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CIRUGÍA DE DRENAJE PLEURAL**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
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