

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION DE BULLAS / NEUMOTORAX



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

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. Bulla (o "bleb" en inglés) significa burbuja y se denomina así a los quistes aéreos (de aire) formados en la periferia del pulmón. Generalmente se usan técnicas videotoracoscópicas o cirugía de mínima invasión, salvo que las características particulares del caso aconsejen otra vía de abordaje, en cuyo caso se aconsejaría la toracotomía (apertura del tórax). El cometido es localizar estos quistes aéreos, que puede ser único o múltiple, extirparlo y posteriormente provocar una irritación en ambas hojas pleurales que provocan su pegadura (pegar el pulmón a la caja torácica). Durante un corto periodo de tiempo se deja un drenaje torácico (tubos de plástico para la extracción de líquido o aire en el tórax).

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Evitará nuevos episodios de neumotórax y su tratamiento.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Este es el método más recomendable para el tratamiento del neumotórax. En caso de no aceptación de esta técnica se podría sustituir por la pleurodesis química mediante la instilación de sustancias irritantes intrapleurales.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

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.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Continuará con la formación de neumotorax

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. Fuga aérea continuada o hemorragia que obligue a realizar otra intervención. Infección pleural. Dolor postoperatorio. Estas complicaciones son de escasa frecuencia y generalmente se resuelven bien.

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

RESECCION DE BULLAS / NEUMOTORAX

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... ACLARACIONES DE..... AÑOS DE EDAD, DNI..... (SOLO PARA QUE EN LA POR EL/ DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN MÉDICO) IZACIÓN DE RESECCION DE BULLAS PULMONARES / NEUMOTORAX	
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 PACIENTEDECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE RESECCION DE BULLAS PULMONARES / NEUMOTORAX	
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