

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR



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.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	La intervención a la que usted va a someterse pretende eliminar en la medida de lo posible los síntomas que provoca su enfermedad, en este caso enfisema. La intervención se denomina reducción de volumen pulmonar y consiste en la extirpación de una porción del pulmón enfisematoso. El procedimiento puede realizarse mediante esternotomía, toracotomía o videotoracoscopia. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, ampliándolo o reduciéndolo para realizar el procedimiento más adecuado.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	Mejoría sintomática y funcional del enfisema pulmonar.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	Tratamiento médico. Se entiende que cuando se aconseja este procedimiento quirúrgico se ha desestimado la realización de un trasplante pulmonar, aunque en ocasiones esta cirugía puede ser usada como puente al trasplante.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	Cicatriz o cicatrices torácicas con las consecuentes molestias variables en intensidad y tiempo. Necesidad de un periodo de rehabilitación pulmonar y fisioterapia postoperatoria.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	Continuará con los síntomas y con el tratamiento médico.
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	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. Suelen ser poco graves <i>Infección superficial de la herida, infección de la cavidad pleural, infección del pulmón restante, hemorragia, fracaso multiorgánico, accidentes cerebro-vasculares, alteraciones o insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón, fístulas pleuropulmonares, fugas aéreas persistentes y dolor prolongado en la zona de la operación. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, a veces de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.</i>
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <i>Infección del pulmón restante y/o del contralateral, hemorragia, fracaso multiorgánico, accidentes cerebro-vasculares, alteraciones o insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón.</i>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	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

## REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR

**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 REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR**  
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 REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR**  
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