

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## RESECCION PLEURAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE 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>	<p>La resección pleural parcial consiste en la extirpación de una parte de la superficie pleural para evitar el derrame pleural recidivante o la acumulación de líquido en la pleura y aliviar, de este modo, el dolor que usted siente.</p> <p>La pleura envuelve o tapiza los pulmones y la caja torácica por dentro. Generalmente la parte de pleura que se extirpa no es la que envuelve los pulmones, si no el interior de la caja torácica. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento para proporcionar el tratamiento más adecuado.</p>
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	<p>Prolongación de la supervivencia/ curación de la enfermedad. Control de los síntomas.</p>
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	<p>Las alternativas de tratamiento son la quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia, solas o combinadas, que pueden paliar la sintomatología, pero que parecen aportar una esperanza de vida más limitada que cuando en el tratamiento combinado se incluye la cirugía.</p>
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	<p>Cicatriz torácica. Molestias postoperatorias que pueden ser severas tanto en intensidad como en tiempo y requerir intenso tratamiento analgésico. Pérdida de la función muscular y de la sensibilidad. Sustitución del pericardio y diafragma por material protésico. Molestias y alteraciones del aparato digestivo. Posibilidad de que aparezca síndrome de Horner (parpado caído)</p>
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	<p>De no realizarse la intervención propuesta, el control de los síntomas sería más difícil y la enfermedad progresaría más rápidamente.</p>
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	<p>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. El riesgo de mortalidad se incrementa progresivamente, siendo pequeño en la resección pleural parcial. Existe un riesgo moderado de hemorragia, a veces grave, de fuga de aire prolongada (en el caso de resección pleural parcial o completa), de dolor en la zona de la operación y de infección de las heridas.</p>
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	<p>Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <i>Hemorragia por lesión de corazón o grandes vasos. La perforación esofágica. La dehiscencia del muñón bronquial de neumonectomía. La infección pleural y generalizada.</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

## RESECCION 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 **RESECCION 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 **RESECCION 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