

CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOSTOMIA ABIERTA



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.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La intervención a la que usted va a someterse se denomina toracostomía abierta y consiste en abrir un orificio en la pared torácica para comunicar la cavidad pleural (zona de los pulmones) con el exterior y requiere la extirpación de uno o más segmentos de costilla. Esta operación sirve para el drenaje permanente y prolongado del espacio pleural para el control de la infección y de la eventual fuga de aire por fístula (herida) entre el bronquio y la pleura. Generalmente se indica cuando no existe otro tratamiento eficaz y adecuado. Tras la intervención le quedará un orificio en la pared torácica y requerirá curas frecuentes. Posteriormente se puede realizar, después de un intervalo de tiempo, el relleno de la cavidad pleural con tejidos procedentes de la musculatura esquelética torácica o abdominal (mioplastias). Con ello se pretende, además de ocupar el espacio pleural vacío, cerrar la eventual fístula broncopleural, que es la comunicación entre el bronquio y la pleura. Además, con este relleno se pretende que llegue sangre y los focos de infección tengan defensas anti-infecciosas y los antibióticos hagan efecto. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Control de la infección local y del riesgo de infección del pulmón.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Cuando se prescribe la realización de una toracostomía abierta no existe otro tratamiento que iguale o mejore los resultados de esta.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Un orificio permanente en el tórax. La necesidad de realización de curas locales al menos a diario. Molestias dolorosas ocasionalmente. Mal olor ocasionalmente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

De no efectuar la toracostomía abierta, tendría que continuar con un drenaje permanentemente y el proceso de curación local sería muy lento e incluso podría producirse una sépsis o infección generalizada.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. En general coinciden con los mas graves. Las complicaciones más frecuentes, y que a veces requieren reintervenir, son la hemorragia, la infección de la herida y de los segmentos de costilla seccionados. Excepcionalmente puede lesionarse el diafragma y las vísceras infradiafragmáticas. En los casos de que exista fístula (herida) importante del muñón bronquial hay que reseñar la posibilidad de infección del otro pulmón por aspiración.

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

TORACOSTOMIA ABIERTA

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 **TORACOSTOMIA ABIERTA**

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 **TORACOSTIMIA ABIERTA**

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