



Consentimiento Informado Para
Videotoracoscopia

Consentimiento Informado Para Videotoracoscopia

Consentimiento Informado para Videotoracoscopia

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de
VIDEOTORACOSCOPIA

INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende explorar el espacio comprendido entre la pleura parietal y la visceral (que recubre íntimamente al pulmón). Asimismo puede accederse mediante esta técnica quirúrgica a las estructuras situadas en el mediastino (timo, esófago, ganglios linfáticos, pericardio o tumoraciones de origen neurogénico). Es útil en el diagnóstico de lesiones pleurales, pulmonares y determinadas lesiones mediastínicas (permitiendo tanto la biopsia como la extirpación completa en algunos casos).

Además, permite la realización de otros procedimientos terapéuticos como es la resección de bulas subpleurales en el tratamiento del neumotórax, la pleurodesis con talco (abrasión pleural en el caso de derrame pleural de diversa etiología como en la neoplásica) o la simpatectomía torácica (sección de la cadena ganglionar simpática en los enfermos con hipersudoración palmo plantar).

- Dado que es necesario el empleo de anestesia general, se realizarán los análisis preoperatorios habituales (hemograma, pruebas de coagulación, grupo y Rh), así como una Radiografía de Tórax, TAC de Tórax, Electrocardiograma y pruebas de Función Respiratoria. Es preciso un ayuno de 8 horas previo a la Cirugía, aunque generalmente no requiere ninguna preparación previa.
- En el caso de tener que biopsiar nódulos pulmonares que se prevean de difícil acceso por el TAC de Tórax (nódulos que no sean superficiales y por tanto no se les pueda ver ni palpar con el instrumental quirúrgico) puede ser necesario la ampliación y conversión a Toracotomía clásica (incisión en la pared torácica).
- La Videotoracoscopia se practica con anestesia general y con intubación bronquial selectiva de forma que se cree un espacio interpleural para poder introducir los trocares (dos o tres según el instrumental que se emplee con incisiones de piel de 1 cm aproximadamente a nivel de los espacios intercostales 4° a 6°) y a través de ellos la óptica que nos permite obtener imágenes para proyectarlas en los monitores y el resto del material quirúrgico endoscópico. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados de cuyos riesgos me informara el Servicio de Anestesia.
- La duración en promedio de la intervención es de 2 horas, si bien en el caso de tener que extirpar nódulos pulmonares de difícil acceso el tiempo quirúrgico se prolonga. Si no es posible realizar el procedimiento por la vía mínimamente invasiva (bien porque sea un nódulo inaccesible o por otras razones técnicas), deberá ampliarse la incisión (toracotomía anterolateral).
- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

Poco graves y frecuentes: Hemorragia, infección, neumotórax, enfisema subcutáneo, Infección o sangrado de herida quirúrgica, Dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: lesión de vasos sanguíneos o de pulmón al introducir los trocares, Embolia gaseosa, trombosis en extremidades inferiores, fistula bronco pleural, empiema pleural post operatorio. Él médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

- El tiempo de estadía hospitalizado esta en relación con la retirada del drenaje torácico que habitualmente se retira en 48 a 72 horas luego de la operación. Si fuese necesario realizar la conversión a Toracotomía la estancia se prolonga en promedio a 7 días
- El Medico me ha indicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previo pre operatorio, que consiste en:

.....
(Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
El médico me ha explicado que en mi caso, la mejor opción es la Videotoracoscopia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **VIDEOTORACOSCOPIA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).