



Consentimiento informado para  
Pleurotomía

## Consentimiento informado para Pleurotomía

## Consentimiento informado para Pleurotomía

---

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, a la realización de una cirugía de:  
**PLEUROTOMÍA (DRENAJE PLEURAL)**

## INFORMACION

Para el tratamiento del Neumotórax, Hidroneumotorax, Derrame Pleural, Hemotórax, según sea el diagnóstico de la enfermedad que presento.

Mediante este procedimiento, se pretende aliviar mis síntomas y llegar a un diagnóstico acertado de mi enfermedad.

La Pleurotomía (Drenaje Pleural) consiste en introducir un tubo de material plástico inerte en la cavidad pleural a través de una incisión en el tórax. Mediante este procedimiento se pretende drenar (extraer) el aire, líquidos y sangre según el caso, y en casos indicados, instilar sustancias dentro de la cavidad pleural para provocar una adherencia de las superficies pleurales (una pleurodesis) y evitar así la reaccumulación de líquido o aire.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere el uso de anestesia local con o sin sedación en la mayoría de los casos; excepcionalmente requiere el uso de anestesia general. Generalmente este procedimiento se realiza en pabellón quirúrgico o en una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI).

Al finalizar la operación, el médico dejará conectado este tubo a un sistema de reservorio para acumular el aire o los líquidos donde serán medidos diariamente; que facilitan la evacuación del aire y líquido pleural y para conseguir que el pulmón vuelva a su situación normal.

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.

**Poco graves y frecuentes:** extensión de aire al tejido subcutáneo, infección y sangrado de las heridas, persistencia de fuga de aire por el drenaje pleural, dolor prolongado en la zona de la operación, persistencia del colapso pulmonar.

**Graves y poco frecuentes:** infección de la cavidad pleural o del pulmón y hemorragia de grandes vasos sanguíneos. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, 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 complicaciones como:

.....



**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.

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

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

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

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

PLEUROTOMÍA (DRENAJE PLEURAL)

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).