



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Reducción De Volumen  
Pulmonar Para El Tratamiento Del  
Enfisema Pulmonar Difuso

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Reducción De Volumen Pulmonar Para El Tratamiento Del Enfisema Pulmonar Difuso**

## Consentimiento informado para cirugía de reducción de volumen pulmonar para el tratamiento del enfisema pulmonar difuso

---

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:  
**REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR PARA EL TRATAMIENTO DEL ENFISEMA PULMONAR.**

## INFOMACIÓN

Mediante este procedimiento, se pretende la curación o mejoría de la enfermedad que padezco. La reducción de volumen pulmonar consiste en la extirpación de una porción del pulmón enfisematoso. La extirpación se lleva a cabo con suturas mecánicas especiales y que generalmente se recubren con un material especial sintético que refuerza la sutura. El procedimiento puede realizarse mediante esternotomía, toracotomía o videotoracoscopia. Con los dos últimos abordajes el procedimiento puede realizarse de forma unilateral o bilateral y, de igual modo, puede ser secuencial o diferido.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la **administración de anestesia general**, con una intubación traqueal especial con el cual se ventila de forma momentánea el pulmón que no se está operando, y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, ampliándolo o reduciéndolo, por lo hallazgos intraoperatorios, para realizar el procedimiento más adecuado.

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 puedan afectar a todos los órganos y sistemas, **como otros específicos tales como:**

- Infección superficial de la herida
- Infección de la cavidad pleural
- Infección del pulmón restante,
- 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.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....  
Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, 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:

.....  
**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  
REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR PARA EL TRATAMIENTO DEL ENFISEMA  
PULMONAR.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de ..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de ..... años de edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En .....(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....