

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA  
VIDEOTORACOSCOPIA, CON DECORTICACIÓN PLEURAL Y PLEURODESIS PARA EL  
TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PLEURAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Videotoracoscopia, con Decorticación Pleural y Pleurodesis,** mediante este procedimiento se pretende aliviar sus síntomas y llegar a un diagnóstico de su enfermedad, esto a través de la **Toracoscopia,** que consiste en introducir un instrumento con un sistema óptico incorporado (el Videotoracoscopio) en la cavidad pleural a través de una o dos pequeñas incisiones en el tórax.

El médico podrá: examinar la cavidad torácica, evacuar el líquido pleural infectado, reseca tejido infectado ubicado sobre la pleura (Decorticación pleural), tomar biopsias de las lesiones pleurales, pulmonares o mediastínica, y en casos indicados, instilar sustancias dentro de la cavidad para provocar una adherencia de las superficies pleurales (una pleurodesis) y evitar así la re acumulación de líquido o aire.

El procedimiento requiere el uso de anestesia general, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella, la intubación traqueal con un tubo especial con el cual se ventila solo el pulmón sano, y no el lado afectado. Al finalizar la operación, el médico dejará uno o dos tubos de drenaje en la cavidad pleural durante uno o más días para facilitar la evacuación del aire y líquido pleural y para conseguir que el pulmón vuelva a su situación normal. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones,** tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria,

reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**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
- Hemorragia de grandes vasos sanguíneos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la Videotoracoscopia, Con Decorticación Pleural Y Pleurodesis, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA VIDEOTORACOSCOPIA, CON DECORTICACIÓN PLEURAL Y PLEURODESIS,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)