

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de empiema pleural mediante toracoscopia

Pegatina con los datos
Personales y de identificación del niño a
intervenir

Don/Doña _____, con domicilio en _____, c/ _____
Y con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____, con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. / Dra..... me ha informado de la necesidad de proceder a la intervención quirúrgica del empiema pleural que padece mi hijo, mediante toracoscopia.

1. El propósito principal de la intervención es conseguir liberar las múltiples adherencias formadas dentro de la cavidad pleural, origen de distintas cavidades ocupadas por líquido seropurulento, no conectadas entre sí, y que por ello no son evacuadas por el tubo de drenaje ni resueltas con fibrinolíticos, utilizados en ocasiones como primera medida terapéutica. El empiema torácico es una colección de líquido infectado localizado en el espacio pleural, dentro del tórax. Su origen más frecuente en la infancia es una neumonía complicada, que no ha respondido favorablemente al tratamiento médico previo.

2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.

3. La intervención se inicia introduciendo dentro del tórax, y a través de una pequeña incisión (habitualmente la misma de tubo pleural ya introducido previamente), un trócar con una óptica conectada a una cámara y monitor de TV, que permite explorar, iniciar la liberación de adherencias laxas y aspirar el líquido purulento. Una vez ya tengamos un pequeño espacio de trabajo, se puede realizar una segunda y tercera incisión e insertar (bajo observación directa) nuevos trócares y los instrumentos precisos para ampliar las maniobras de liberación, despegamiento, lavado y extracción de las adherencias y líquido, hasta su total limpieza. El espacio de trabajo se facilita con la introducción de aire entre las pleuras (neumotórax) asociada en ocasiones a una muy leve perfusión de gas intrapleural (CO2). Al finalizar la intervención, se mantiene un tubo de drenaje en el espacio pleural.

4. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada, incluyendo la posibilidad de convertirla a una toracotomía (cirugía abierta convencional) en casos con colecciones muy organizadas, dificultad técnica o de complicaciones graves.

5. No existe alternativa terapéutica eficaz a la toracoscopia, salvo mantener el tratamiento médico y el drenaje torácico inicial, que ya se ha mostrado ineficaz, o realizar una toracotomía abierta, generalmente con indicaciones muy precisas. En su hijo recomendamos realizarlo mediante una toracoscopia.

6. Las complicaciones pueden ser: A) Hemorragia durante o tras la intervención, en relación con el despegamiento realizado, habitualmente de escasa cuantía. Si la pérdida hemática es más profusa pueden requerirse transfusiones de sangre. B) Posibilidad de tener que insertar nuevos tubos en la cavidad pleural más adelante, por ubicación inadecuada del tubo postoperatorio, o persistencia o recidiva de la ocupación pleural. C) Posibilidad de requerir toracotomía para tratamiento definitivo. D) Riesgos de reacciones cardiovasculares vegetativas durante el procedimiento. E) Posibilidad muy infrecuente de infección pleural sobreañadida. F) Riesgos de lesión de estructuras vasculares y vísceras intratorácicas durante la realización del procedimiento (hemorragia, fístula bronquial,..). G) Infección de la herida quirúrgica. Ocurre hasta en un 5% de los casos. H) Rechazo del material de sutura. I) Riesgos propios de la inmovilización postoperatoria en cama (trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar, atelectasia),

infrecuentes en niños y con esta técnica. J) Alteraciones de la cicatrización de la piel. Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos. K) Restricción y/u obstrucción respiratoria tras la resolución del proceso.

7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de empiema pleural por toracoscopia de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra

D.N.I.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma autorizada:

VºBº niño

Fecha: , a de de 2.....

Médico informante

Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma:

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA
Médico Informante Testigo
(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)
Sr/Sra.....

DNI :

Firma:

Fecha: , a de de 2.....

Médico informante

Dr/Dra.....

CNP/NºCol:.....

Firma:

Testigo

Sr.Sra.....

DNI :

Firma:

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0,y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre :0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0

Firma:

Firma:

Fecha: , a de de 2.....