

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de malformación broncopulmonar (mediante toracotomía o toracoscopia):

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

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

DECLARO

Que el Dr. / Dra. _____ me ha informado de la necesidad de proceder al tratamiento quirúrgico de la malformación broncopulmonar que padece mi hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es eliminar la porción de pulmón malformada. Toda malformación broncopulmonar deriva de alteraciones en el desarrollo embriológico de la tráquea y bronquios, o del parénquima pulmonar, o de los vasos que irrigan los pulmones, sin olvidar que otras malformaciones de estructuras vecinas (pared torácica, corazón, diafragma) pueden repercutir en alteraciones broncopulmonares. Su espectro es muy amplio, y su clínica, muy variable, dependiendo del tipo de malformación, su tamaño, localización, comunicación con las aéreas o aparato digestivo, el efecto masa que pueda producir y sus complicaciones (básicamente infecciosas). Todas exigen su tratamiento quirúrgico (exéresis) una vez diagnosticadas.

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

3. La intervención puede realizarse mediante una técnica abierta (toracotomía) o cerrada (toracoscopia), según las características de la lesión. La primera consiste en la abertura amplia del tórax (toracotomía) para poder acceder al interior de la cavidad pleural, extirpar la parte malformada y reparar las zonas anexas afectadas, si las hubiere, para evitar futuras complicaciones. La segunda técnica consiste en el abordaje de los órganos torácicos mediante la introducción de trócares e instrumentos (óptica, pinzas,...), a través de pequeñas incisiones en la pared torácica, y la creación de un espacio de trabajo intrapleural, tras la introducción de gas a muy baja presión. La técnica quirúrgica subsiguiente no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios, no sea posible concluir la cirugía con esta técnica, se procederá a realizar la incisión habitual, y convertirla en cirugía abierta. La duración de la intervención es variable, dependiendo de las características de la lesión. En ambas técnicas, se dejará varios días un tubo de drenaje para evacuar el aire o los líquidos que se acumulen en el espacio pleural. Se mantendrá en la Unidad de Cuidados Intensivos durante unos días, con tratamiento analgésico adecuado y las medidas postoperatorias habituales.

4. La alternativa no-quirúrgica no es recomendable por las complicaciones secundarias a la malformación (infección, obstrucción bronquial o incluso posible malignización).

5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada, y decidir la opción terapéutica más adecuada.

6. La consecuencia de esta intervención será la ausencia definitiva de la zona broncopulmonar reseca.

7. Como posibles complicaciones, podemos citar las siguientes: A) Derivadas de la intervención: infección, hemorragia o dehiscencia de la herida operatoria, e intolerancia a los puntos de sutura. A nivel intratorácico, y dependiendo de la intervención, localización de la anomalía y de posibles lesiones por infecciones previas, puede complicarse con una hemorragia residual intrapleural, fístula pleural, o quilotórax (afectación del conducto torácico), que habitualmente ceden con tratamiento conservador, pero pueden requerir una reintervención. Las lesiones intraoperatorias de grandes vasos o esófago son excepcionales. La afectación del nervio frénico (con paresia o parálisis diafragmática), o la aparición de un Síndrome de C.Bernard-Horner (afectación de vías simpáticas cervicales) son posibles en determinadas localizaciones o malformaciones complicadas. Estas parálisis generalmente son transitorias y se recuperan después de un periodo de tiempo variable; otras veces son definitivas. A largo plazo puede

quedar una cicatriz inestética (queloide) o una asimetría del tórax o la columna a causa de la toracotomía (abertura amplia del tórax), que podrían requerir tratamiento. B) Derivadas del uso de material de quirófano (bisturí eléctrico, manta térmica, etc.), o las posturales. C) En el caso de realizarse mediante una toracoscopia, podría extenderse el gas al tejido subcutáneo u otras zonas, algo temporal y de resolución espontánea.

8. 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.

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

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

11. 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.

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de la malformación broncopulmonar 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.

De acuerdo con 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 0 0 0 0
NºCol. / C.N.P.: 0 0 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 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 ...

Firma:

Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____

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

Firma: