

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de pectus excavatum (técnica abierta)

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 un tratamiento quirúrgico de la patología arriba citada (pectus excavatum), mediante una toracoplastia de Ravitch.

1. El propósito principal de la intervención es elevar la pared torácica para descomprimir los órganos intratorácicos y configurar un aspecto estético de la misma muy mejorado.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
3. La intervención consiste en realizar una incisión vertical sobre el embudo en los varones y transversa en las hembras para que quede disimulada debajo de las futuras mamas. Se resecan todos los cartílagos deformados a ambos lados del esternón y se secciona el esternón en la parte más alta del embudo para poder levantarlo. A continuación se coloca una férula metálica u otro material biocompatible transesternal para fijarlo en la posición óptima. Esta férula se retira al cabo de un año y su misión es aliviar el dolor postoperatorio y ayudar a que el índice de recidivas sea menor. Se colocan dos drenajes durante 24-48 horas y se concluye la intervención. El tiempo global de esta cirugía viene a ser de 3 horas.
4. Las posibles alternativas son: La técnica mínimamente invasiva de Nuss o el relleno del defecto de la pared torácica con materiales siliconados o diferentes polímeros.
5. Dadas las características complejas del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: A) La hemorragia, que en muy contadas ocasiones puede requerir transfusión. B) La infección, que obligará a realizar una antibioterapia durante unos días. C) El desgarro pleural y el consiguiente neumotórax (acúmulo de aire dentro de la cavidad torácica), que en ocasiones necesita la colocación de un drenaje pleural, D) El riesgo de recidiva.
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 pectus excavatum (técnica abierta) 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 podrá 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.:

Firma autorizada:

VºBº niño

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

Médico informante

Dr./Dra.

NºCol. / C.N.P.:

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 fechay no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre :

Dr./Dra.

Firma:

Firma:

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