

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CÁNCER PULMONAR

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento y dependiendo del tipo y de la etapa del cáncer del pulmón, se puede realizar cirugía para extirpar el cáncer además de algo de tejido pulmonar circundante, lo que lleva a reseca uno o dos lóbulos pulmonares.
- Los ganglios linfáticos también son extirpados para la clasificación por etapas.
- La cirugía es el tratamiento de elección para intentar curar el cáncer del pulmón casi en todos los tipos histológicos, pero para ello debe ser un tumor localizado y ojala pequeño y periférico.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- La técnica consiste en hacer una incisión en el tórax (llamada toracotomía), debido a que el cirujano debe realizar la incisión a través de las costillas para llegar al pulmón.
- Las costillas dolerán por un tiempo después de la cirugía.
- Se mantendrá un tubo de drenaje en el tórax.
- Las actividades se limitan durante al menos uno o dos meses.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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 pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, que incluyen: 1. sangrado excesivo. 2. infección de la herida, cavidad pleural y neumonía que cuando se presentan son graves e incluso pueden producir la muerte del paciente; en ciertas ocasiones puede ser necesario mantener al paciente con apoyo de ventilador mecánico en el postoperatorio, y realizar aseos quirúrgicos frecuentes.
- Debe recordarse que al abrir conductos como los bronquios comprimidos por el tumor generalmente hay pus que puede contaminar el campo quirúrgico y por otro lado los mecanismos defensivos del paciente con cáncer son deficientes.
- El dolor posoperatorio no es infrecuente en estas cirugías por lo sensible de la zona en que se trabaja. Las fracturas costales pueden ser parte de la estrategia quirúrgica.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha