

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE PLEURAL QUIRÚRGICO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El drenaje pleural está indicado ante la presencia de aire, sangre o pus, dentro de la cavidad pleural, que provocan un mal funcionamiento del pulmón. Puede ser debido a enfermedad pulmonar, de la pleura o tras a un traumatismo.

La técnica consiste en introducir un tubo pequeño de plástico a través del espacio existente entre las costillas hasta llegar a la cavidad pleural, dicho tubo se conecta a un sistema de drenaje con aspiración o sin ella, para facilitar la salida de líquido y/o aire acumulado. El tubo permanece dentro de la cavidad durante unos días, lo que produce molestias.

A través del tubo de drenaje se pueden introducir medicamentos fibrinolíticos que disuelven los coágulos y las fibrinas para ayudar a su evacuación (fibrinólisis). En otras ocasiones, también se pueden introducir sustancias esclerosantes que provocan una unión de las superficies pleurales (pleurodesis), para evitar que se acumule de nuevo aire o líquido.

El procedimiento se realiza con anestesia local.

En ocasiones estos procedimientos pueden precisar el uso de técnicas radiológicas como ecografía de tórax, para localizar la zona más adecuada de colocación del drenaje.

La finalidad de la técnica es drenar al exterior el líquido y/o aire de la cavidad pleural para conseguir que el pulmón colapsado vuelva a tener un correcto funcionamiento.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden darse efectos no deseados, como:

Riesgos frecuentes:

- Dolor leve en la zona de punción.
- Dolor en el pecho.
- Molestias, Infección o sangrado de la herida.
- Náuseas, mareo y descenso de la tensión arterial.
- Infección en la zona de punción.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Enfisema subcutáneo o mediastínico (paso de aire a tejidos blandos o mediastino).
- Infección de la cavidad pleural o pulmón.
- Edema de pulmón unilateral.
- Lesión de algún órgano torácico o abdominal
- Posibilidad de tener que insertar nuevos tubos en la cavidad pleural más adelante, por mala posición del tubo colocado, persistencia o reaparición de la enfermedad.

- Dolor intenso por afectación de un nervio intercostal.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).
- Hemotórax (entrada de sangre en espacio pleural).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.
- De forma excepcional puede producir problemas graves o incluso mortales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria o ictus.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Trastornos de la coagulación.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA "DRENAJE PLEURAL QUIRÚRGICO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Cirugía General
y Digestiva

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: