

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TORACOCENTESIS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La toracocentesis está indicada cuando la pleura está enferma y acumula líquido y/o aire.

Esta técnica consiste en la extracción de una pequeña cantidad de líquido de la cavidad pleural mediante una aguja o catéter fino, a través de una punción en la pared torácica, con el fin de analizarlo (toracocentesis diagnóstica) y llegar a la causa del derrame pleural, y/o evacuar una mayor cantidad de líquido (toracocentesis evacuadora) para conseguir aliviar los síntomas.

El procedimiento se hace con anestesia local para evitar el dolor en la zona de punción.

En ocasiones puede precisar el uso de ecografía de tórax, para localizar la zona más adecuada de punción o colocación del drenaje.

La finalidad de la técnica es conocer la causa de la enfermedad que padece, obtener muestras, drenar líquido y/o aire de la pleura, para conseguir así 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 presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Dolor pasajero en la zona de punción.
- Mareo.
- Náuseas.
- Dolor en el pecho.
- Molestias, Infección o sangrado en la zona de punción.
- Hipotensión.

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.
- Siembra de células cancerosas, si las hubiera, en el trayecto de la punción.
- Punción accidental de hígado, bazo o riñón.
- Posibilidad de tener que repetir el procedimiento por persistencia o reaparición de la enfermedad.
- Dolor intenso por afectación de un nervio intercostal.
- Hemorragia leve, 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).
- Arritmias o parada cardíaca.
- Depresión o parada respiratoria.
- Accidente cerebrovascular agudo.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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

Alteraciones de la coagulación mal controladas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Toracoscopia.
- Toracotomía.

AUTORIZACIÓN PARA "TORACOCENTESIS"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 Radiología

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

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: