



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MESOTELIOMA PLEURAL.

Paciente: _____
_____.

Edad: _____.

Compañía: _____.

Nº de Historia: _____.

DNI: _____.

Don/Doña: _____.

Edad: _____.

En calidad de representante legal, con DNI: _____.

El Doctor/a:

De la Unidad de Cirugía Torácica me ha explicado de forma clara y que he comprendido que es preciso, dado el proceso clínico que presento, la realización de una **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MESOTELIOMA PLEURAL** o _____.

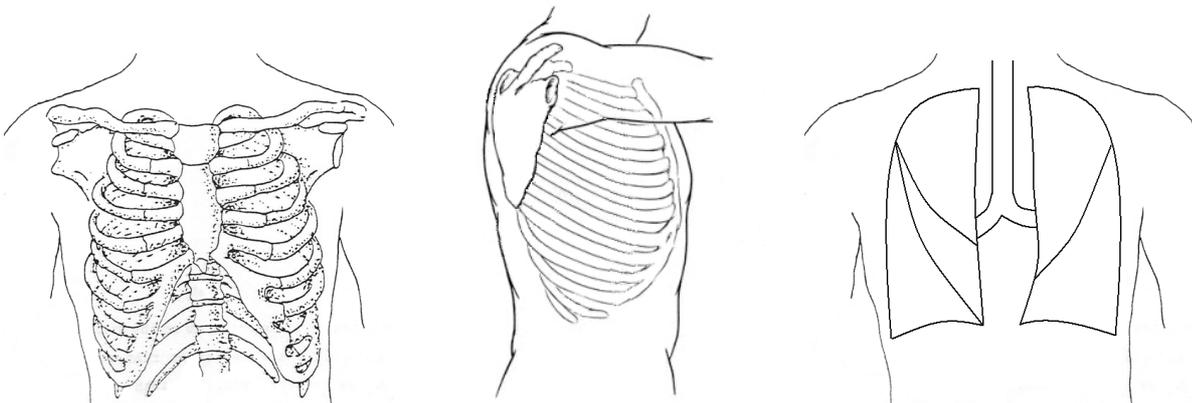
1.- Objetivo de la intervención: mediante esta intervención se pretende eliminar la mayor parte del tejido tumoral que afecta a mi pleura visceral, parietal y/o tejido pulmonar, así como los ganglios que se hayan podido desarrollar en relación o no con la tumoración. Con este tratamiento se pretende mejorar el pronóstico de la enfermedad que presento y aumentar así mi tiempo de supervivencia. Las alternativas al tratamiento quirúrgico son la quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- Cómo se realiza: mediante videotoracoscopia, toracotomía videoasistida o cirugía abierta se accede a la cavidad pleural donde se retira la pleura que recubre la pared torácica, la que recubre al pulmón y la del diafragma. En algunos casos se extirpa también el diafragma completo. Una variedad más agresiva del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad incluye la extirpación completa del pulmón, realizándose una resección en bloque de las dos pleuras, el diafragma y el pulmón. Los ganglios que habitualmente se ven afectados por esta enfermedad se extirpan en conjunto con la pleural y/o pulmón o bien en un segundo tiempo. En algunos casos es preciso retirar una costilla para poder acceder adecuadamente a la cavidad pleural. Esto no tiene consecuencias de importancia. Al finalizar el procedimiento se deja uno o dos drenajes pleurales para la evacuación de aire, sangre y líquido inflamatorio.

Se me ha informado de que debido a hallazgos intraoperatorios o a los resultados del análisis de muestras tomadas durante la intervención, es posible que haya que modificar el procedimiento planificado previamente.

3.- Imágenes o esquemas explicativos:





4.- Anestesia y administración de sangre y hemoderivados: he sido advertido/a de que es precisa la administración de anestesia local o general y que es posible que (excepcionalmente) durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

5.- Riesgos derivados de la intervención: he sido informado/a de 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 que pueden llegar a ser muy graves: infección superficial de la herida, infección de la cavidad pleural, infección del pulmón restante, hemorragia, fracaso multiorgánico, accidentes cerebro-vasculares, alteraciones o insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón, fugas aéreas persistentes y dolor prolongado en la zona de la operación. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención. Existe el riesgo de mortalidad durante el procedimiento o en el periodo postoperatorio.

En esta intervención concreta, existe riesgo hemorragia al ser una superficie muy extensa la que se trata para retirar por completo la pleura, puede ser precisa una nueva intervención para el control de la hemorragia. Del mismo modo, al retirar la pleura que recubre al pulmón se puede producir pérdida de aire desde el pulmón. Esta pérdida de aire se soluciona habitualmente con medidas conservadoras en unos días, pero en ocasiones puede requerir una intervención. Si es necesaria la extirpación del pulmón completo, el riesgo de complicaciones durante la cirugía y en el periodo postoperatorio se incrementa (la mortalidad alcanza el 10%).

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda influir en el transcurso de la intervención o en el postoperatorio.

Por las patologías acompañantes que presento de forma concreta (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc _____) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: _____ .

He entendido la información que se me ha transmitido en un lenguaje claro y sencillo. El médico que me ha atendido ha permitido que le realice las observaciones que he considerado pertinentes y me ha aclarado todas las dudas que me han surgido.

6.- Posibilidad de cambio de opinión respecto al procedimiento: se me ha transmitido y tengo claro que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

CONSENTIMIENTO: con el siguiente consentimiento pongo de manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que entiendo la necesidad y la técnica del procedimiento quirúrgico, así como los riesgos del mismo.

En este caso concreto: **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MESOTELIOMA PLEURAL.**

En _____ a _____ de _____ de _____ .

Fdo: El/la Médico.

Fdo: El/la Paciente.

Fdo: El representante legal, familiar o allegado.



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Paciente: _____
_____ .

Edad: _____ .

Compañía: _____ .

Nº de Historia: _____ .

DNI: _____ .

Don/Doña: _____ .

Edad: _____ .

En calidad de representante legal, con DNI: _____ .

REVOCO el consentimiento para la intervención que se me propuso, con fecha de _____ y no deseo proseguir con la intervención.

En _____ a _____ de _____ de _____ .

Fdo: El/la Médico.

Fdo: El/la Paciente.

Fdo: El representante legal, familiar o allegado.