

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA OSTEOSÍNTESIS COSTAL Y/O ESTERNAL.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención a la que usted va a someterse consiste en la fijación de una o varias fracturas costales y/o esternales. Mediante este procedimiento se pretende la curación o mejoría de la enfermedad. Con frecuencia, y dependiendo de las lesiones, se utiliza material de osteosíntesis (placas, tornillos, clips, clavos) los que pueden ir acompañados de otros elementos como mallas o prótesis. Es importante que comprenda que el objetivo no es reparar todas las lesiones óseas, solo las necesarias para reestablecer el funcionamiento adecuado de la caja torácica y disminuir el dolor secundario a las lesiones.

### CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos le informan los servicios de hematología y anestesiología.

Puede requerirse una o varias incisiones para lograr los objetivos, así como también puede necesitarse acceder a una o ambas cavidades torácicas para resolver otros problemas que pueden acompañar a las fracturas, como sangrados (hemotórax) o neumotórax, luego de lo cual se dejarán instalados uno o varios drenajes.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, ampliándolo o reduciéndolo, por los hallazgos intraoperatorios, para realizar el procedimiento más adecuado.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Una o varias cicatrices torácicas. Eventual necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o malestar. Si es necesario resecar parénquima pulmonar puede quedar una merma funcional proporcional a la cantidad de pulmón extirpada.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejora en su capacidad respiratoria dado que se espera que la caja torácica recupere o mejore su funcionamiento. Disminución en el dolor derivado de la o las fracturas fijadas, logrando una ventilación más efectiva con la consecuente reducción del riesgo de complicaciones pulmonares como atelectasias y neumonías.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier acción médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES

- Infección superficial de la herida.
- Infección del pulmón restante (neumonía).
- Hemorragia torácica.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Atelectasias (áreas de pulmón mal ventiladas).

#### • LOS MÁS GRAVES

- Infección de la cavidad pleural o abdominal.
- Retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón.
- Fugas aéreas persistentes en el caso que haya resección de tejido pulmonar.
- Las derivadas de la infección pulmonar y/o sistémica.

La infección grave del sitio quirúrgico puede determinar la necesidad de retirar el material de osteosíntesis instalado para lograr un correcto control de la infección, situación que es excepcional.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.  
 En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

<b>En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento</b>	
Apoderado: _____	Rut: _____

_____	_____
Firma paciente o apoderado	Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

<b>En caso de DENEGACION O REVOCACION</b>	
_____	_____
Firma Paciente o Apoderado	Firma Médico