



## CONSENTIMIENTO INFORMADO.

### CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES ESTERNOCOSTALES.

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 **CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES ESTERNOCOSTALES** o \_\_\_\_\_.

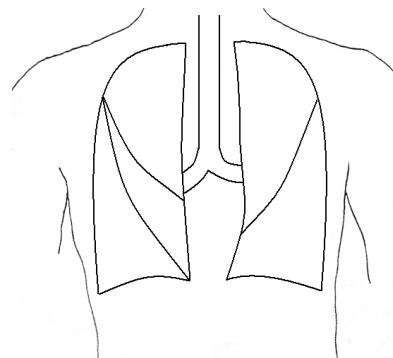
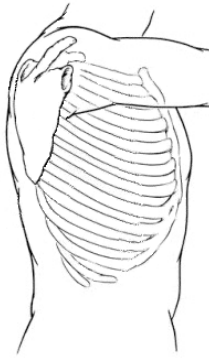
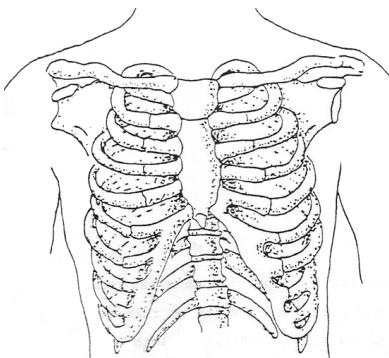
**1.- Objetivo de la intervención:** mediante esta intervención se pretende corregir el defecto que presenta mi pared torácica y que afecta al esternón, las costillas o a ambos. Este defecto produce una repercusión física o psicológica importante, por lo que deseo una intervención quirúrgica para solucionarla.

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

**2.- Cómo se realiza:** se realizan una serie de secciones en el esternón y se retira parte de los cartílagos costales para colocar el esternón y las costillas en su posición correcta. Para mantenerlos en esta posición es preciso, en la mayoría de las ocasiones, colocar una o más barras de fijación. Es preciso, además, dejar uno o más drenajes para la evacuación de la sangre y el líquido inflamatorio que se produce tras la intervención. Según el caso, es posible colocar una barra mediante videotoracoscopia que eleva o desciende el esternón y lo mantiene en la posición adecuada (técnica de Nuss). La/s barra/s colocada/s se suelen retirar tras unos meses, cuando se consigue la estabilidad del tórax.

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 el 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. Aunque es muy bajo, existe el riesgo de mortalidad durante el procedimiento o en el periodo postoperatorio.

En la técnica de Nuss existe el riesgo de lesión de alguno de los vasos intratorácicos, el pericardio o incluso el corazón. Tanto en la colocación como en la retirada de la barra metálica.

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: **CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES ESTERNOCOSTALES.**

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.