

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCAR TUBO TORACICO**  
**HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA**  
**LUZ ELENA ARISMENDI**

**SERVICIO DE NEONATOLOGIA**

NÚMERO DE CÉDULA / HCU DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_: \_\_\_\_

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD

TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: .....

Hospitalización: .....

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO: (Codificación CIE 10) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Drenaje pleural

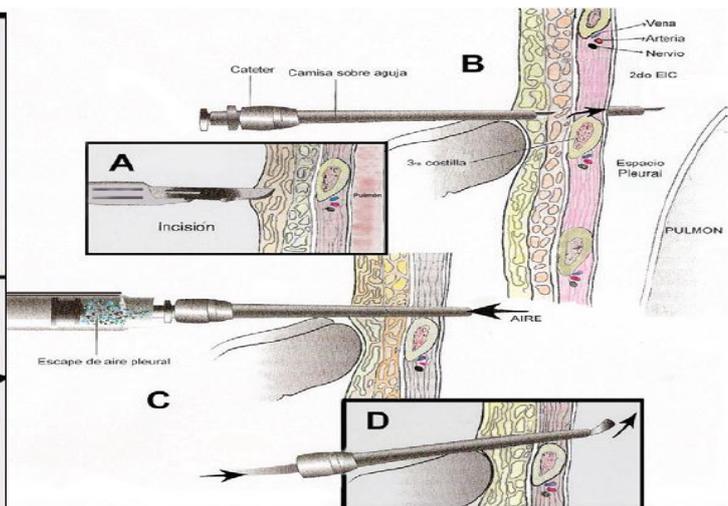
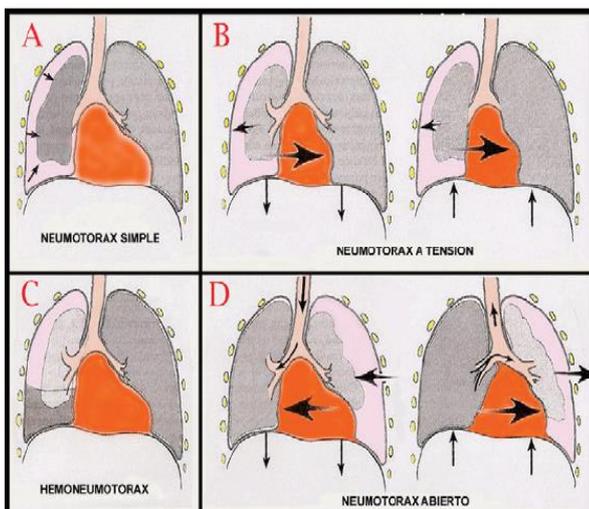
**¿EN QUÉ CONSISTE?**

Es una técnica que permite la extracción de la acumulación anormal de aire o líquido ( sangre, pus) en el pulmón entre la pleura visceral y parietal. Este procedimiento que se realiza mediante la inserción percutánea de una aguja o catéter en el espacio pleural.

**¿CÓMO SE REALIZA?**

- La inserción del tubo torácico se realizará en la sala de neonatología con condiciones de asepsia adecuadas para minimizar el riesgo de infecciones.
- El Procedimiento será ejecutado por personal médico experto: (Cirujano Pediatra, Neonatólogo, Pediatra)
- Durante el procedimiento el recién nacido mantendrá monitoreo continuo de los signos vitales ( Frecuencia cardiaca, respiratoria, saturaciones, tensiones arteriales y temperatura)
- Se preparará el equipo completo para punción pleural (catéteres o trocar de drenaje torácico adecuado al peso del recién nacido) y el sistema de recolección.
- Evaluar la necesidad de analgesia para el procedimiento
- Procederá a realizar una incisión de la piel, en el punto medio entre la línea media axilar y la línea axilar anterior y el 4°-5° espacio intercostal. La altura de la glándula mamaria es un buen reparo anatómico para identificar el 4° espacio intercostal
- Controlar con una radiografía de tórax la posición del trocar y la expansión del pulmón

**GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN**



**DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:** 45 minutos

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:**

- Mejora la mecánica respiratoria (mejora el adecuado ingreso y salida de aire a nivel pulmonar)
- Mejora la oxigenación ( mejora el transporte de oxígeno)

**RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):**

- Sangrado posterior al procedimiento

- Enfisema subcutáneo. (presencia de aire en los tejidos)
- Posición incorrecta del tubo, intra o extra torácica.
- Lesión de los vasos intercostales ⇒ Hemotórax (presencia de sangre en la cavidad pleural)
- Infección celulitis, empiema (acumulación de pus entre el pulmón y superficie interna de la pared torácica)
- Obstrucción del tubo de drenaje: fibrina, coágulos
- Edema pulmonar (presencia de exceso de líquido a nivel del pulmón)
- Dolor

**RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):**

- Lesión nerviosa: parálisis diafragmática (frénico).
- Hemotórax o hipotensión tras rápida reexpansión pulmonar

**DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores etc.):**

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:**

Es la única alternativa para resolución de neumotórax, amerita la autorización del procedimiento

**DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:**

- Vigilancia de sangrado y analgesia
- Luego de 24 a 48 h de haber dejado de burbujear, se suspende la aspiración en el sistema y se pinza el tubo por otras 12 a 24 h, con confirmación clínica y radiológica de que no hay acumulación de aire libre en el espacio pleural. Se evalúa el estado general del neonato.

**CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:**

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_      Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente

Firma del paciente o huella,  
según el caso

Cédula de ciudadanía

Nombre del profesional que realizó el procedimiento

Firma, sello y código del profesional realizó el  
procedimiento

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

Nombre del representante

Firma del representante legal

Cédula de ciudadanía representante legal

Parentesco

**NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, **no autorizo** y **me niego** a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente	Firma del paciente o huella, según el caso	Cédula de ciudadanía
------------------------------	---	----------------------

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

Nombre del representante	Firma del representante legal	Cédula de ciudadanía representante legal
--------------------------	-------------------------------	--

Parentesco

**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

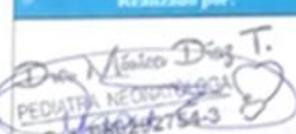
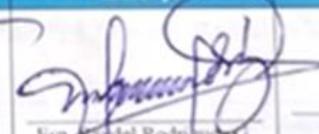
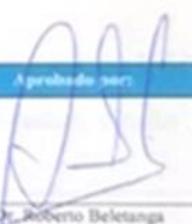
De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente	Firma del paciente o huella, según el caso	Cédula de ciudadanía
------------------------------	---	----------------------

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

Nombre del representante	Firma del representante legal	Cédula de ciudadanía representante legal
--------------------------	-------------------------------	--

Parentesco

Realizado por:	Revisado por:	Revisado por:	Validado por:	Aprobado por:
 Dra. Mónica Díaz T. Médico Especialista Pediatría/Neonatología	 Mgs. Ana Dávalos Trujillo Coordinador de la Unidad de Calidad	 Dr. Diego Vaca Subdirector de Especialidades Clínicas y/o Quirófanos, Subrogante	 Esp. Ángel Rodríguez G. Director Asistencial	 Dr. Roberto Beletanga Gerente HGONA

  
**Dr. Diego Vaca Escobar**  
 GINECÓLOGO - OBSTETRA  
 Cod. MSP 1719098707