

## Documento de consentimiento informado para intervención quirúrgica de toracoscopia

Pegatina con los datos  
personales y de indentificación  
del niño a intervenir

Don/Doña \_\_\_\_\_ con el DNI  
número \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del niño  
\_\_\_\_\_ con la historia clínica nº \_\_\_\_\_.

### DECLARO

Que el Dr./Dra. \_\_\_\_\_ me ha  
informado de la necesidad de proceder a la intervención quirúrgica de toracoscopia (diagnóstica y  
terapéutica).

1. El propósito principal de la intervención es conseguir un acceso lo menos traumático posible a la cavidad torácica, que permita explorar, diagnosticar y tratar la patología torácica según hallazgos.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
3. La intervención se inicia introduciendo dentro del tórax, a través de una pequeña incisión, un trócar con una óptica conectada a una cámara y monitor de TV, que permite explorar, iniciar la liberación de adherencias laxas y entrar en la cavidad pleural. Una vez ya tengamos el espacio de trabajo adecuado, se puede realizar una segunda y tercera incisión e insertar (bajo observación directa) nuevos trócares y los instrumentos precisos para ampliar las maniobras de exploración, diagnóstico y tratamiento precisas, según hallazgos. El espacio de trabajo se facilita con la introducción de aire entre las pleuras (neumotórax) asociada en ocasiones a una muy leve perfusión de gas intrapleural (CO<sub>2</sub>). Al finalizar la intervención, se mantiene un tubo de drenaje en el espacio pleural.
4. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada, incluyendo la posibilidad de convertirla en una toracotomía (cirugía abierta convencional) en casos con hallazgos de patologías complejas, dificultades técnicas significativas o complicaciones graves.
5. La alternativa es realizar una toracotomía abierta, generalmente con indicaciones muy precisas. En su hijo recomendamos la toracoscopia como primera medida.
6. Las complicaciones pueden ser: A) Hemorragia durante o tras la intervención, en relación con las maniobras diagnósticas o terapéuticas precisas, habitualmente de escasa cuantía. Si la pérdida hemática es más profusa pueden requerirse transfusiones de sangre. B) Posibilidad de tener que insertar nuevos tubos en la cavidad pleural más adelante, por ubicación inadecuada del tubo postoperatorio, o persistencia o recidiva de la patología (neumotórax, derrame pleural,..). C) Posibilidad de requerir toracotomía para tratamiento definitivo de la patología hallada. D) Riesgos de reacciones cardiovasculares vegetativas durante el procedimiento. E) Posibilidad muy infrecuente de infección pleural sobreañadida. F) Riesgos de lesión de estructuras vasculares y vísceras intratorácicas durante la realización del procedimiento (hemorragia, fístula bronquial, lesión esofágica,..). G) Infección de la herida quirúrgica. H) Rechazo del material de sutura. I) Riesgos propios de la inmovilización postoperatoria en cama (trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar, atelectasia), infrecuentes en niños y con esta técnica. J) Alteraciones de la cicatrización de la piel. Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos. K) Restricción y/u obstrucción respiratoria tras la resolución del proceso.
7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

