

Consentimiento informado cirugía sobre el desfiladero torácico

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

Descripción del problema que Vd. presenta

El desfiladero torácico es una zona muy estrecha situada entre el cuello y el hombro, por él pasan la arteria y vena subclavia, que se encargan de la llegada y retorno del riego sanguíneo a nivel del brazo. Por dicho desfiladero también pasa el plexo braquial, es decir los nervios responsables del movimiento y la sensibilidad del brazo. Una o varias de estas estructuras están comprimidas en la parte alta del tórax.

¿En qué consiste la intervención?

En quitar la primera costilla (generalmente abriendo paso desde la axila o por encima de la clavícula), u otras estructuras que puedan estar comprimiendo (escaleno anterior, pectoral menor). En ocasiones es necesario realizar una limpieza del interior de la arteria (plastia) o construir un puente (by-pass), utilizando una prótesis, para poder asegurar el riego sanguíneo en la extremidad.

Objetivo, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta

Objetivo y beneficios:

El objetivo de la intervención es descomprimir la zona del desfiladero torácico para aliviar los síntomas o evitar que se produzca una trombosis en la vena o en la arteria subclavia. Si los síntomas son ocasionados por compresión a nivel de los nervios que van al brazo, puede que no se resuelvan o incluso empeoren tras la cirugía.

Riesgos generales:

1. *De cualquier intervención:* Aunque poco frecuentes en este tipo de cirugía, pueden aparecer durante la intervención o el postoperatorio complicaciones cardiorrespiratorias, renales, cerebrales, trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar. Estas complicaciones se suelen resolver con tratamiento médico, aunque a veces es necesaria una nueva intervención quirúrgica. En algunos casos pueden tener consecuencias graves, incluso fatales (muerte).
2. *Específicos del paciente:* La obesidad y/o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, bronquitis crónica, etc. son factores que agravan el riesgo de complicaciones durante la intervención y en los días siguientes (postoperatorio).

Riesgos específicos de la operación:

1. Hemorragia.
2. Infección.
3. Defectos de cicatrización.
4. Trombosis arterial y venosa con riesgo de pérdida de la extremidad.
5. Lesión de estructuras nerviosas (pérdida de sensibilidad o incluso parálisis de la extremidad). Cicatriz dolorosa.
6. Una complicación importante puede ser la presencia de aire en la cavidad donde están los pulmones (neumotórax) o de sangre (hemotórax). Si son muy importantes, pueden ser mortales.

Alternativas:

Como alternativa a la cirugía existe la posibilidad de un tratamiento rehabilitador con fisioterapia o medicamentos antiagregantes o anticoagulantes. No obstante debe conocer que si no se opera y a pesar de

estos tratamientos alternativos, en algunos casos, persiste un riesgo importante de una mala evolución de la enfermedad, hasta el punto de llegar a perder la extremidad o incluso la vida.

Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS (si procede, aparte de los referidos en el apartado 2 de riesgos generales):

Declaración de consentimiento:

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, El/La Dr./Dra. _____

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascular**. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__