



Consentimiento Informado Para De  
La Miastenia Gravis-Timoma  
(Tímectomía Por  
Videotoracoscopia)

## **Consentimiento Informado Para De La Miastenia Gravis- Timoma (Tímectomía Por Videotoracoscopia)**

## Consentimiento Informado Para De La Miastenia Gravis-Timoma (Timectomía Por Videotoracoscopia)

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de la **MISTENIA GRAVIS. (Timectomía)**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento, se pretende extraer la glándula tímica que se encuentra en situación retro esternal. La cirugía consiste en la resección del timo, por vía **Toracoscopia** derecha y/o izquierda, secuencial simultanea, utilizando instrumental especial (endocoaguladores, suturas mecánicas especiales), que se introducen por pequeños orificios a través de la pared torácica. También me ha informado de que este procedimiento se realizará en forma preferente por cirugía endoscópica (Videotoracoscopia), solo en casos que sea imposible esta vía de abordaje, se procederá a abrir la pared torácica (toracotomía y/o esternotomía).

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general con un tubo traqueal especial, para ventilar solo un pulmón, y que es posible (excepcionalmente) que 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.

Habitualmente, esta enfermedad es de origen auto inmune, que para disminuir su intensidad o cura total, requiere la extirpación del timo.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. Quedare con uno o dos drenajes pleurales para la eliminación de sangre, aire o líquidos, que son necesarios extraer fuera de la cavidad pleural.

Comprendo 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.

**Poco graves y poco frecuentes:** Infección superficial de las heridas, persistencia de fugas aéreas por el drenaje pleural, dolor prolongado en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural o del pulmón y persistencia del colapso pulmonar.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

Se me ha explicado que los resultados que se persiguen con la resección del timo para el caso de la Miastenia Gravis, se verán luego de transcurridos 4 a 5 meses, en que recién habrá una disminución de la terapia o cesación de esta.

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.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de complicaciones como:

.....

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para :

**MISTENIA GRAVIS.( Timectomía)**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).