



Consentimiento Informado Para La  
Cirugía De Descompresión Del  
Opérculo Torácico

## **Consentimiento Informado Para La Cirugía De Descompresión Del Opérculo Torácico**

## Consentimiento Informado Para La Cirugía De Descompresión Del Opérculo Torácico

---

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, a la  
**CIRUGÍA DE DESCOMPRESIÓN DEL OPÉRCULO TORÁCICO.**

## INFORMACIÓN

1. La hipótesis diagnóstica es de un Síndrome del Opérculo Torácico, y la cirugía que se va a realizar se debe a que existe un estrechamiento en algún tramo del opérculo torácico superior, por donde atraviesa el paquete vásculo- nervioso que irriga e inerva la extremidad superior.
2. Las causas principales de estas lesiones son principalmente: presencia de costilla cervical, apófisis transversa de C7 hipertrófica, 1ª costilla verticalizada/hipertrófica, bandas fibrosas costo-vertebrales, músculos escalenos hipertróficos, secuelas de fracturas costo-claviculares, entre otras.
3. La lesión que presenta puede ser asintomática y descubrirse al realizar determinadas exploraciones o haber producido síntomas neurológicos o vasculares, como: hipo/hiperestésias, impotencia funcional de la extremidad, alteraciones sensitivas, dificultad para desempeñar maniobras de carga y fuerza, inestabilidad de la extremidad, dolor o frialdad y otros síntomas menos específicos. La causa de estos síntomas se relaciona con lesión o compresión sostenida del paquete vásculo-nervioso o bien por la disminución de riego arterial que produce esta estrechez en las estructuras antes mencionadas.
4. La alternativa al tratamiento quirúrgico planteado es la abstención terapéutica, con lo cual eventualmente se mantiene la sintomatología y no se disminuye el riesgo de complicaciones futuras, tanto de tipo neurológico como vascular (trombosis, formación de aneurismas, isquemia de la extremidad).
5. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo, siendo habitualmente anestesia general, con los riesgos y eventuales complicaciones propias.
6. Existen fundamentalmente dos tipos de abordajes para este tipo de cirugías: el abordaje transaxilar (a través de la axila) y el paraclavicular (en la base del cuello). La elección de alguno de ellos dependerá de la condición que está generando el síndrome, y a través de estos abordajes se pretende liberar la compresión sobre el paquete vásculo-nervioso causante de los síntomas, a través de la resección o desinsertar los músculos que intervengan en la patología, liberación de bandas fibrosas compresivas y sección y ablación de una costilla o un segmento de esta.
7. Es posible que durante la cirugía se deba realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionar así un tratamiento más adecuado.
8. 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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo cardiológico (infarto al miocardio, arritmias intraoperatorias) o respiratorio (neumonía, atelectasias), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).
- 9. Dentro de las complicaciones específicas de estos procedimientos, se deben mencionar:**
  - Apertura de la pleura, la que se encuentra adyacente a la primera costilla, y entrada de aire a la cavidad pleural (neumotórax).
  - Lesión de nervios periféricos que pasan por la zona intervenida y se manifiestan por cambios en la sensibilidad, la motricidad o la fuerza de la extremidad superior correspondiente.
  - Estas complicaciones pueden presentarse durante el acto quirúrgico o en los días/semanas inmediatamente posteriores. Tras la intervención se realizan revisiones periódicas para comprobar que no aparezca una nueva estrechez en la zona intervenida.
  - Lesión de estructuras vasculares (arterias y venas) adyacentes al sitio de la intervención, siendo algunas de ellas de gran calibre y flujo, con el consiguiente riesgo de sangrado importante.
  - Re estenosis postoperatoria de opérculo torácico intervenido.

10. Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una re intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia.
11. En los pacientes que previo al procedimiento quirúrgico han presentado complicaciones, especialmente con compromiso de tipo neurológico, que ya manifiesta algún grado de daño (demostrado, por ejemplo, por electromiografía), es posible que la intervención quirúrgica sólo evite la progresión del daño, pero no logre recuperar el daño producido previo a ella.
12. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente en este tipo de procedimientos.

**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 la:

**CIRUGÍA DE DESCOMPRESIÓN DEL OPÉRCULO TORÁCICO.**

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).