

ANEXOS

SERVICIO DE URGENCIAS HG	FECHA SOLICITUD ALTA 08/01/2020 08:52
FECHA DE INGRESO 08/01/2020 08:17	Asistencia iniciada por LOPEZ LOPEZ, FERNANDO

Mujer de 32 años que acude por PROBLEMAS DE EXTREMIDADES SIN ESPECIFICAR

ANTECEDENTES PERSONALES:
Datos Clínicos: Ansiedad y depresión ya sin tto actualmente.
IQ: quiste hemorrágico en ovario izquierdo con extirpación ovario izq
Medicación Actual: ACO.
Alergias: penicilina, nitrilo y esparadrapo

ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente que acude derivada por el Dr. Lechón tras diagnóstico de trombosis venosa axilo-subclavia izda desde hace 3 días, para tratamiento fibrinolítico. El cuadro comenzó de forma brusca con dolor en raíz de ESI, así como edema y cianosis de mano izda. Ayer se administró 7.500UI de bemiparina sc, hoy mejora el cuadro.

EXPLORACION GENERAL:
08/01/2020 8:20:13, Tensión Arterial: 122/72, Frecuencia Cardíaca: 85 p.m., Saturación de Oxígeno: 100
CORP, NH, NC.
ESI ligeramente eritematosa respecto a contralateral. Pulso radial conservado. Correcto relleno capilar distal en mano izda.

EVOLUCIÓN:
Comentado con cirugía vascular, ingresa para fibrinólisis.

IMPRESION DIAGNOSTICA:
451.83 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA MMSS

Anexo 1. Informe de Urgencias con fecha de 08/01/2020.

Datos del proceso asistencial		
Exploración:	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR Lateralidad: No Aplica.	Fecha de exploración: 10/01/2020 12:10
UNILATERAL.		

Información Clínica:
Control de fibrinólisis:
Descripción de la(s) exploración(es):
Hallazgos:
Bajo control fluoroscópico, se realiza flebografía desde el catéter de fibrinólisis tipo McNamara 4F y tras su retirada.
Se comprueba la total recanalización del eje venoso axilosubclavio izquierdo, sin presencia de trombosis residual.
Se realizan maniobras de elevación y abducción de la ESI, identificándose una disminución del calibre de la vena subclavia izquierda. Hallazgos sugestivos de disminución del espacio costoclavicular ipsilateral.
Se retira catéter de fibrinólisis.
Diagnóstico:
Recanalización del eje venoso axilosubclaviohual izquierdo, tras tromboaspiración y fibrinólisis.
Recomendaciones:
-Reposo de ESI en extensión 4 horas.
-Control del punto de acceso vascular y de los pulsos distales.
-Resto del tratamiento, de acuerdo con el servicio de origen.

Anexo 2. Informe de resultados de pruebas de imagen del Servicio de Radiodiagnóstico del 10 de enero de 2020.

Informe Clínico de Alta
Servicio de: ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR HOSPITAL UNIVERSITARIO
MIGUEL SERVET

Ingreso:

Procedencia: Urgencias

Tipo Ingreso: Urgente

Motivo de Ingreso:

Trombosis axiliosubclavia izquierda

Alta:

Motivo del Alta: Domicilio

Fecha del alta: 11/01/2020

Alergias:

Penicilina, nitrilo y esparadrapo

Antecedentes:

Sd. ansioso- depresivo.

IQ; quiste hemorrágico en ovario izquierdo con extirpación ovario izq

Historia Actual:

Paciente con cuadro de edema y dolor de unos días de evolución en MSI acompañado de ligera cianosis. Se practica ecodoppler de MSI que objetiva trombosis venosa subclavio axilar izquierda.

Exploración Física:

MMSS Radiales +

MSI Edematizado y empastado .

Resumen pruebas diagnósticas:

Laboratorio:

Imagen:

Otras pruebas:

Ecodoppler venoso MSI: trombosis de venas axilar y subclavia izquierda.

Evolución y comentarios:

Se inicia tratamiento fibrinolítico con buena evolución, tras 48 h. de tratamiento se consigue la lisis completa del trombo y en las maniobras de elevación del brazo izquierdo se aprecia pinzamiento parcial de vena subclavia en el desfiladero torácico.

Diagnóstico Principal:

Trombosis axilo-subclavia izquierda

Otros Diagnósticos:

Procedimientos:

Tromboaspiración + Fibrinólisis local de trombosis venosa axiliosubclavia izquierda.

Tratamiento:

HIBOR 7500 ui / 24 h. s.c. durante 1 mes y posteriormente reevaluar en consultas para ver si hay que continuar con anticoagulación oral.

Control en consultas externas de Cirugía Vascular el 12/02/2020 a las 12 h. Solicitar en consultas angioTAC MMSS.

Otras Recomendaciones:

Evitar la elevación de MSI de forma continuada.

Anexo 3. Informe Clínico de Alta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular a fecha del 11/01/2020.

Consentimiento Informado Técnicas Anestésicas

Intervención propuesta: *Asesoración anestésica*
Servicio Quirúrgico: *CIR. TORÁCICA*

¿Qué le vamos a hacer?

El principal objetivo de la anestesia es permitir que se le realice la intervención propuesta, con las mínimas molestias y máximas garantías de seguridad. Esto se puede conseguir mediante la realización de diversas técnicas anestésicas (anestesia general, anestesia loco-regional, sedación), aisladas o combinadas entre sí, que conllevan una serie de riesgos; que varían según el procedimiento realizado y las peculiaridades de cada paciente. Sin embargo, los riesgos comunes a todas ellas son:

- La administración de sueros y fármacos, durante el acto anestésico, pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas pueden llegar a ser graves e incluso mortales.
- Es posible que para superar la pérdida de sangre durante la intervención o por su situación clínica, se necesite transfundir sangre o productos derivados de ella. La sangre proviene de personas sanas y ha sido sometida a controles muy rigurosos. A pesar de ello, existe algún riesgo mínimo de transmitir infecciones (hepatitis, SIDA, etc). Al igual que muchos medicamentos, la sangre puede producir en algunas ocasiones reacciones adversas que se manifiestan con fiebre, tirtonas, etc.

ANESTESIA GENERAL

El propósito principal de la anestesia general es permitir que sea operado/a sin sufrir dolor, proporcionándole un estado reversible de pérdida de la conciencia, de analgesia y relajación muscular. Para ello, se administran diferentes fármacos anestésicos por vía intravenosa y/o inhalatoria, dependiendo de la situación y del tipo de operación prevista. Durante la anestesia, al estar dormido y relajado, es preciso mantener la respiración de forma artificial. Para ello, se necesita colocar un dispositivo (tubo traqueal, mascarilla laríngea u otro) a través de la boca o la nariz, que llega a la faringe y/o la tráquea. Este dispositivo se conecta a un respirador, cuya función será la de proseguir la respiración.

¿Qué riesgos tiene?

Los riesgos más relevantes de la anestesia general son:

- En algunas ocasiones, a pesar de realizarse con cuidado, la introducción del tubo o cualquier otro dispositivo necesario para mantener la respiración artificial puede entrañar gran dificultad; dando lugar a rotura de piezas dentales y/o a lesiones en las estructuras próximas.
- Antes, durante o tras la colocación del tubo traqueal, o cualquier otro dispositivo necesario para mantener la respiración artificial, puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago, ocasionando problemas respiratorios que pueden llegar a ser importantes. Es una complicación grave pero poco frecuente. Una forma de prevenir este agravamiento es guardar, al menos, 6 horas de ayuno para alimentos sólidos o lácteos; y 2 horas para el agua y líquidos claros (zumos).
- Después de la anestesia general, durante algunas horas, pueden aparecer diferentes síntomas como variaciones de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca, tos, depresión o dificultad respiratoria, agitación, retraso en la recuperación de la conciencia, mareo, náuseas, vómitos, ronquera, temblores, dificultad para orinar, etc. que en general son consideradas como molestias, llegando en muy pocos casos a ser complicaciones graves.

ANESTESIA LOCO-REGIONAL Y ANALGESIA LOCOREGIONAL POSTOPERATORIA

El propósito principal es producir insensibilidad de la zona a operar y/o disminuir el dolor postoperatorio. Consiste en la inyección, con la ayuda de una aguja, de medicamentos llamados anestésicos locales, en la proximidad de un nervio y/o en la columna vertebral, mediante diferentes técnicas que provocan ausencia de dolor durante la cirugía o en el postoperatorio.

¿Qué riesgos tiene? Los riesgos más relevantes son:

- Tras la anestesia/analgesia loco-regional pueden surgir molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda, dificultades para orinar, lesión del nervio o nervios anestesiados, que pueden ser temporales o permanentes.
- Excepcionalmente, como consecuencia de la dificultad de acceso a un punto en concreto, el anestésico administrado puede pasar a la sangre o a las estructuras nerviosas produciendo, en algunas ocasiones complicaciones que pueden llegar a ser graves: bajada de tensión, convulsiones, neumotórax, parada cardiocirculatoria, etc.

TÉCNICAS DE SEDACIÓN EN EXPLORACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

El propósito de la sedación es proporcionarle un equilibrio entre la comodidad y su seguridad; teniendo como objetivo principal mantenerlo relajado y tranquilo. La sedación consiste en administrarle medicamentos, por vía intravenosa o inhalatoria, de forma individualizada, según el grado de molestias que tenga, así como en función de sus antecedentes médicos y farmacológicos. Durante la sedación consciente, Vd. se encontrará tranquilo e indiferente a los estímulos desagradables (ruidos, frío) en el medio que le rodea. Su preparación y vigilancia debe ser idéntico que el empleado para la anestesia general.

¿Qué riesgos tiene? La sedación consciente implica riesgos potenciales como: la sedación excesiva, hipotensión o depresión respiratoria, que pueden incluso ser más frecuentes que con anestesia general.

Riesgos Personalizados:

Consentimiento Informado
Tomografía computarizada (TC) con o sin contraste
yodado intravenoso

DECLARACIONES Y FIRMAS

591g

Etiqueta

Don/doña:	[Redacted]
Fecha de nacimiento:	[Redacted]
Nº Historia:	[Redacted]
Afiliación:	[Redacted]
Domicilio:	[Redacted]
Teléfono:	[Redacted]

Declaro:

Que el Dr./Dra.: [Redacted] (nombre y apellidos del facultativo) me ha informado de la necesidad/conveniencia de realizar una **TC que puede requerir la administración de contraste yodado**, y me ha explicado y he aceptado y comprendido la información que me ha dado, me ha facilitado las explicaciones en lenguaje claro y sencillo y he comprendido el procedimiento, así como sus riesgos y complicaciones más frecuentes, tanto de tipo general como de [Redacted]

He sido, así mismo, informado/a de todas las preguntas que he creído convenientes hacer.

El radiólogo, el N.º SS: [Redacted] Historia: [Redacted] a la realización de la prueba. CIA: [Redacted]

Soy informado de la prueba y se me explican sus ventajas y riesgos.

Mi aceptación es voluntaria y libre.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** para que se me realice el procedimiento que me ha sido explicado anteriormente, y para que mis imágenes puedan ser usadas con fines científicos o didácticos.

- ☐ No acepto que mis imágenes puedan ser usadas con fines científicos o didácticos.
- ☐ No acepto la administración de contraste.

En Zaragoza, a 30 de 9 de 21

Firma del paciente: [Redacted] Firma del médico petionario: [Redacted] Firma del facultativo radiólogo: [Redacted]

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./Dña. [Redacted] con DNI. [Redacted] y en calidad de [Redacted] soy consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asumo la responsabilidad de la decisión.

He sido suficientemente informado/a del procedimiento que se le va a realizar y doy expresamente mi consentimiento para su realización, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o representante legal [Redacted]

NO AUTORIZACIÓN / ANULACIÓN

Por la presente **NO AUTORIZO / ANULO** cualquier consentimiento plasmado en el presente impreso, que queda sin efecto a partir de este momento. Me han sido explicadas, y entiendo y asumo las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar.

En Zaragoza, a [Redacted] de [Redacted] de [Redacted]

Firma del paciente o representante legal [Redacted]

Servicio de Radiodiagnóstico

Anexo 5. Informe de CI de Tomografía Computarizada con o sin contraste yodado intravenoso con fecha 30/09/2021.

Registro de Demanda Quirúrgica

1. Datos relativos a la anotación en el Registro

Centro	Hospital Universitario "Miguel Servet"	Servicio: CIR TORACICA (1127)
Lista		Nº Registro Fecha 30/09/2021

2. Identificación del paciente

Apellido 1º: [REDACTED]	Nº Historia Clínica: [REDACTED]
Apellido 2º: [REDACTED]	Sexo Fecha Nacimiento: 11/03/1987
Nombre: [REDACTED]	Mujer DNI/NIF: [REDACTED]
CIA: [REDACTED]	Nº Tarjeta Sanitaria: [REDACTED]

3. Datos asistenciales

Diagnóstico: SD. DE DESFILADERO CERVICO/TORACICO BILATERAL	CIE:
Proc. Quirúrgico: CIRUGIA DE MIEMBRO SUPERIOR IZDO. (1er tiempo)	CIE:
Prioridad asistencial: Alta	Tipo de Cirugía: Con ingreso
Médico responsable: [REDACTED]	Código [REDACTED]

4. Aceptación y consentimiento

Médico responsable	D/Dña. [REDACTED] Con nº de colegiado [REDACTED] PROPONE: La inscripción del paciente arriba identificado en el Registro de Demanda Quirúrgica	Zaragoza 30/09/2021 Firma: [REDACTED]
Paciente o Representante legal	D/Dña. [REDACTED] con DNI [REDACTED] tras conocer las condiciones de la intervención a la que debe ser sometido/a ACEPTA su inscripción en el registro de Demanda Quirúrgica.	Zaragoza 30/09/2021 Firma: [REDACTED]

Anexo 6. Informe de registro de demanda quirúrgica con fecha de 30/09/2021 por el servicio de Cirugía Torácica.

Informe
Servicio de Neurofisiología Clínica

INDICACION: HAB 521-2.
Cirugía Torácica.
Hospital General.

ID: B

PRUEBA: ENG.

Nombre Completo: [REDACTED]

Motivo de Consulta: Evaluación de ESI por debilidad/paresia proximal de dicha extremidad (sobre todo separación y flexión brazo) tras Q^a el día 21/2 de 1^a costilla izda por S. del desfiladero torácico. Además, hipoestesia de 1 dedo de la mano y en menor grado de 2 y 3.

ENG sensitivo de ESI de mediano (a todos los dedos dependientes), cubital y radial.

ENG motor desde punto de Erb de axilar, musculocutáneo y radial izdos.

EMG de trapecio, deltoides, bíceps, tríceps, abductor corto del pulgar (APB) y primer interóseo dorsal (FDI) izdos.

HALLAZGOS:

-Ns. Sensitivos de ESI (mediano a todos los dedos dependientes, cubital y radial): En el rango de la normalidad (solo han transcurrido 4 días desde el inicio de la clínica).

-Ns. Axilar, Musculocutáneo y Radial izdos (tras estímulo en punto de Erb y registro en deltoides, bíceps y tríceps respectivamente): Se obtiene potenciales motores con latencia aumentada y sobre todo con morfología disgregada y ensanchada (amplitud no valorable).

-EMG que no muestra actividad espontánea en reposo en ninguno de los músculos examinados actualmente (estudio realizado a los 4 días de la noxa). Paciente colaboradora en la que solo se observa una ausencia de PUMs de forma voluntaria en deltoides y bíceps izdos y normalidad de los reclutamientos en tríceps y sobre todo en FDI y ADM.

CONCLUSIÓN:

Estudio poco valorable, actualmente, para determinación de degeneración axonal ya que se ha realizado precozmente (4 días desde la noxa). No obstante, la distribución de la debilidad EMG y clínica junto con hipoestesia en tres primeros dedos (predominio en primero) sugiere una afectación del plexo braquial izdo con predominio en tronco superior del mismo.

Control evolutivo transcurrido 1 mes para valorar si se produce degeneración axonal.

Anexo 7. Informe de neurofisiología clínica del 25/02/2022.