

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXÉRESIS DE UN QUEMODECTOMA YUGULAR, VAGAL, CAROTIDEO O MULTIPLE DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Centro: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la EXÉRESIS DE UN QUEMODECTOMA YUGULAR, VAGAL, CAROTIDEO O MULTIPLE, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El quemodectoma es una tumoración benigna que tiene su origen en una serie de formaciones neurovasculares (de nervios y venas) de la pared de la vena yugular, del nervio vago o de la arteria carótida.

La aparición de esta tumoración, que puede tener un volumen muy variable, puede afectar a diversas estructuras que se encuentran en las proximidades de esta zona y, como consecuencia, justificar síntomas muy diversos.

La intervención es llevada a cabo bajo anestesia general.

Aunque existen diferentes tipos de abordajes quirúrgicos, el más común utiliza una incisión que se inicia detrás del oído y llega hasta la porción media del cuello.

Tras ello, es necesario abordar las zonas más profundas del cuello. Ésta es zona de paso de grandes vasos – es decir, arterias y venas que riegan la cabeza y el cuello-, de importantes nervios que, desde el cerebro, se dirigen hacia las diferentes zonas y órganos del resto del cuerpo y, además, contiene músculos y estructuras glandulares. A veces, practicar una de estas intervenciones, exige sacrificar alguna de estas formaciones, siempre con fines curativos. Por otra parte, en el transcurso de la intervención, pueden resultar lesionadas alguna de las estructuras mencionadas.

Esta incisión, llamada cervical, podría ser ampliada a través de la zona de detrás de la oreja, para extirpar una porción, más o menos importante, del hueso llamado mastoides, que está detrás del oído e, incluso, las cavidades del propio oído, la cadena de huesecillos y la membrana timpánica. En muchos casos, suele ser necesario eliminar completamente todo el llamado oído medio, anulando su acceso a través del orificio auricular. En relación con todo ello, el cirujano le proporcionará información suplementaria en documento aparte.

Dependiendo de cada caso, es posible que el paciente permanezca ingresado en la U.C.I. para su mejor control postoperatorio, durante los primeros días, tras la intervención. Tras ello, pasará a la planta, donde continuará su recuperación. El paciente llevará unos pequeños tubos de drenaje en un lado del cuello, que se retirarán a los 2 ó 3 días.

Tras la intervención, pueden aparecer molestias en el cuello, o una hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital durante unos días, en dependencia de su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del Servicio.

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE QUIRÚRGICO A TRAVÉS DE LA VÍA RETROMANDIBULAR

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

---

La progresión de la tumoración determinará la aparición de síntomas muy diversos, tanto a nivel del oído, como de la cavidad craneal, o en zonas más alejadas del organismo, tales como la cara, otras zonas del cuello, el hombro o la laringe, debido a la lesión de los nervios que discurren por la zona de crecimiento del tumor.

## BENEFICIOS ESPERABLES

---

La exéresis del tumor puede detener la aparición progresiva de los síntomas señalados e, incluso, mejorar algunos de los que ya han aparecido.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

---

En el caso de este tumor sólo la cirugía puede ser curativa. No obstante, como tratamiento alternativo puede considerarse la radioterapia. Ambos tratamientos tienen ventajas e inconvenientes. Su médico le informará en este sentido.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima a la cicatriz del cuello.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –el polo negativo colocado en el muslo o la espalda del paciente.

Pueden también aparecer vértigos de duración variable; disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa-; y parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara- de forma temporal o definitiva. También puede ser preciso tener que sacrificar por la afectación tumoral, nervios tales como el hipogloso –que proporciona movilidad de la lengua-, el espinal o el vago –cuya lesión puede producir disfonía, alteraciones en la deglución o imposibilidad para respirar, por lo que, en ocasiones será preciso realizar una traqueotomía.

Cabe la posibilidad de que, durante la intervención o en el período postoperatorio inmediato, se produzca una hemorragia de los vasos del interior del cráneo o del cuello. Esta hemorragia puede ser importante obligando, incluso, a suspender la intervención quirúrgica o, si aparece tras la misma, a realizar una nueva intervención. Si se produjera una rotura de la arteria carótida o de la vena yugular que no pudieran controlarse, puede producirse la muerte del paciente.

Puede aparecer, asimismo, una fístula de líquido cefalorraquídeo –que es el líquido que rodea al cerebro, dentro de la cavidad craneal–, lo que exigiría el tratamiento adecuado para cada caso pero que, incluso, podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

También puede aparecer un edema cerebral –inflamación del cerebro- que obliga a un tratamiento adecuado y que puede llegar a ser fatal. Es posible que aparezcan alteraciones encefálicas, generalmente por isquemia cerebral –falta de riego del cerebro-, tales como ceguera, hemiplejía –es decir, parálisis de la mitad del cuerpo- e, incluso, el fallecimiento del paciente.

Asimismo, pueden aparecer infecciones, tanto del oído como del cuello o del cerebro, tales como meningitis o abscesos. Es posible que aparezcan cefaleas que pueden durar durante un cierto tiempo.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....



# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE QUIRÚRGICO A TRAVÉS DE LA VÍA RETROMANDIBULAR

Pueden aparecer alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular y del cuello. En ocasiones, puede aparecer una hemorragia a nivel del cuello. Esta hemorragia puede ser la causa del llamado «hematoma sofocante del cuello» que pudiera requerir la realización de una traqueotomía.

Pueden aparecer diferentes complicaciones cardiovasculares, tales como el shock hipovolémico -llamado así por la pérdida del volumen de sangre-, la embolia gaseosa -penetración de aire en el interior de los vasos-, la trombosis venosa -formación de un coágulo en el interior de una vena, la embolia pulmonar -enclavamiento de un coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio- y el paro cardíaco.

Pueden aparecer dificultades de la deglución que obliguen a colocar una sonda nasogástrica y, eventualmente, a realizar una traqueotomía e, incluso, una úlcera gastroduodenal, por el stress del paciente.

Podría aparecer un acumulo de la llamada linfa, que es una secreción que canaliza un conducto denominado linfático y que atraviesa la zona. Ello podría exigir una nueva intervención quirúrgica. Cabe la posibilidad de que se produzca una hinchazón de la cara o del cuello que puede ser prolongada, la infección de la herida quirúrgica, la dehiscencia —la apertura- de las suturas y la necrosis -destrucción- de determinadas porciones del cuello.

Muchos de estos procesos tienen tendencia a la reproducción por lo que se hacen necesarios controles periódicos durante los años posteriores a la intervención.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma.

En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

## RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

## OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

## DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE QUIRÚRGICO A TRAVÉS DE LA VÍA RETROMANDIBULAR

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....



# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE QUIRÚRGICO A TRAVÉS DE LA VÍA RETROMANDIBULAR

---

## TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup>....., con D.N.I. ....  
y en calidad de ....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

---

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

