

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

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar una serie de procedimientos que utilizan el ABORDAJE QUIRÚRGICO A TRAVÉS DE LA VÍA RETROMANDIBULAR, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y Las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de estas técnicas, puedan aparecer.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La llamada vía retromandibular es la vía de acceso quirúrgico a la denominada fosa retromandibular. Se trata de un espacio denominado así por estar situado en la porción posterior de la mandíbula inferior. A través de esta vía, el cirujano puede acceder a estructuras situadas muy profundamente en la región situada por detrás de la mandíbula inferior y por debajo de la oreja.

En general, esta vía permitirá la extirpación de quistes congénitos, tumoraciones benignas y tumoraciones malignas situadas a este nivel. Se suele realizar como parte del tratamiento quirúrgico de estos procesos, si bien cabe la posibilidad de que se realice con fines diagnósticos.

La intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia general.

Se realiza a través de una incisión que se practica en la región anterior de la oreja y que se prolongará inferiormente a lo largo del cuello.

Esta zona es zona de paso de grandes vasos –arterias y venas de la cabeza y del cuello–, de importantes nervios que, desde el cerebro, se dirigen hacia diferentes zonas y, además, contiene músculos y estructuras glandulares.

A veces, al realizar este abordaje puede ser necesario sacrificar alguna de estas estructuras, siempre con fines curativos. Por otra parte, en el transcurso de la intervención pueden resultar lesionadas alguna de estas estructuras.

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.

Posteriormente pasará a la planta donde continuará su recuperación. El paciente puede llevar unos pequeños tubos de drenaje que se retirarán a los 2 ó 3 días, según las circunstancias. En los primeros días después de la intervención, pueden aparecer hemorragia o infecciones que obliguen a reintervenir, prolongando la estancia hospitalaria.

El período de cicatrización dura, aproximadamente, 7 días, parte de los cuales deberá permanecer ingresado en el hospital y, posteriormente, acudir a las consultas externas del Servicio para las revisiones o curas que sean necesarias.

En determinados casos, para el correcto tratamiento de la enfermedad puede ser necesario la administración de radioterapia y /o quimioterapia, tras la intervención.

## En caso de NO EFECTUAR esta intervención

la evolución del quiste o del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, puede evolucionar por extensión, regional o a distancia –lo que conocemos como metástasis, en el caso de los tumores malignos–. Esta extensión provocará diferentes problemas en relación con la localización y la naturaleza de la enfermedad a tratar.

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

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

## BENEFICIOS ESPERABLES

Curación o mejoría de la enfermedad. Diagnóstico de procesos patológicos en esta localización.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Tanto en el caso de un quiste congénito, como en el caso de una tumoración benigna, puede existir un tratamiento médico que disminuya los síntomas de los mismos. No obstante, el crecimiento del proceso patológico o la aparición de complicaciones pueden obligar a la realización de la intervención quirúrgica. En el caso de los tumores malignos, la quimioterapia o la radioterapia pueden ser tratamientos con efectividad variable. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Puede aparecer una hemorragia, que puede requerir una nueva intervención quirúrgica y una transfusión. En ocasiones, esta hemorragia puede ser la causa del llamado «hematoma sofocante del cuello», que precisaría la realización de una traqueotomía, es decir la apertura de la tráquea para asegurar la ventilación del paciente.

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 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.

Cabe la posibilidad de que aparezcan alteraciones encefálicas, generalmente por isquemia cerebral, tales como ceguera, hipoacusia neurosensorial –sordera- y vértigo, hemiplejía –es decir, parálisis de la mitad del cuerpo- e, incluso, el fallecimiento del paciente.

Se puede producir un edema –inflamación- de la laringe y dificultades respiratorias que puedan requerir la realización de una traqueotomía.

Pueden aparecer dificultades de la deglución e, incluso, una úlcera gastroduodenal por el stress del paciente. Es posible, también, la lesión del plexo cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso, frénico, y facial que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja. En concreto la relación íntima de esta zona con el nervio facial, que es el responsable del movimiento de la cara, justifica que una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención sea la afectación temporal o permanente del mismo.

Es habitual que se produzca una hinchazón de la cara o del cuello, que pueda ser prolongada; la infección de la herida quirúrgica y la dehiscencia –la apertura- de las suturas

La cicatriz pueda ser antiestética o dolorosa.

Alguna de estas complicaciones puede comprometer la vida. En general, el riesgo de complicaciones aumenta si se han realizado tratamientos previos del cuello, tales como otras intervenciones quirúrgicas o radioterapia

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

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

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.

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

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

## 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.

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

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

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

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

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\_\_

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

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

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