

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UNA TUMORACIÓN FARÍNGEA

Nombre y Apellidos	
Edad	D.N.I.....	Número de Historia clínica.....
Diagnóstico del proceso	Fecha	
Médico informante	Nº de Colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada EXTIRPACIÓN DE UNA TUMORACIÓN FARÍNGEA, 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:

Las tumoraciones faríngeas pueden tener una naturaleza, un tamaño y una localización muy distinta, dentro de la faringe. En dependencia de estas circunstancias, el especialista le aconsejará una u otra técnica quirúrgica.

En general, la intervención se lleva a cabo mediante anestesia general. Hay casos en los que se puede realizar a través de la abertura bucal. En otras ocasiones esta abertura debe de ser ampliada mediante la sección del labio e incluso de la mandíbula inferior. Hay casos, por último, en los que la vía de abordaje se inicia desde el cuello.

En muchos casos, esta intervención exige la realización de una traqueotomía, que es una técnica quirúrgica que consiste en la apertura de la tráquea a nivel del cuello, con objeto de establecer una comunicación, un orificio, entre ésta y el exterior, permitiendo la respiración a través de dicha comunicación.

En otras ocasiones, se requiere la colocación de una sonda de alimentación, que suele introducirse a nivel de la nariz y alcanzar el esófago, para facilitar la alimentación del paciente. Esta sonda suele ser temporal. En algunas situaciones concretas, el especialista puede disponer la realización de un orificio en el abdomen que comunica, mediante una sonda, el estómago con el exterior, para facilitar la alimentación del paciente intervenido.

Además, en la mayor parte de las ocasiones, se requiere la realización de un vaciamiento ganglionar cervical. El vaciamiento ganglionar cervical consiste en la extirpación de la mayor parte de los ganglios linfáticos del cuello de un solo lado (unilateral), o de los dos (bilateral). Se realiza a través de una incisión que se practica en el cuello, en uno o ambos lados. Su finalidad es impedir que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo.

El cuello es zona de paso de grandes vasos –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, al practicar un vaciamiento cervical 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 las primeras 24 horas tras la intervención. Al día siguiente puede pasar a la planta, donde continuará su recuperación.

El paciente llevará unos pequeños tubos de drenaje en uno o ambos lados del cuello, que se retirarán a los 2 ó 3 días. En los primeros días después de la intervención, pueden aparecer hemorragia o infecciones que obliguen a reintervenir, prolongando la estancia hospitalaria.

Después de la intervención, si se ha realizado una traqueotomía, se coloca un tubo, en el orificio practicado, llamado cánula traqueal. A través de dicho tubo se respira y se expulsan las secreciones. Es muy importante mantenerlo limpio para que no se obstruya. Por ello es imprescindible aspirar las secreciones y humedecerlo para que éstas no se sequen en su interior. Esta cánula deberá ser empleada durante días o semanas. En algunos casos la cánula debe llevarse de forma definitiva.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas e irradiarse hacia los oídos, prolongándose a lo largo de diez o quince días, debiendo, por ello, administrarse calmantes. Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o, incluso, aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, y que están en relación con la sangre deglutida durante la intervención. También pueden ser normales las heces oscuras, en los días inmediatos, por el mismo motivo.

Durante los primeros días puede percibirse mal aliento. Al principio, la alimentación suele realizarse a través de una sonda, como ya hemos dicho, y, después, es posible que se realice a través de la boca. Inicialmente consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, alimentación blanda hasta completarse la cicatrización.

La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de las molestias, la evolución, etc. Durante los mismos se controlará la presencia de fiebre y hemorragia, así como el proceso de cicatrización de la herida.

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 será necesario la administración de radioterapia y/o quimioterapia tras la intervención.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, si no se realizan otros tratamientos hay que suponer que la naturaleza de la tumoración justifique su crecimiento inexorable que acabará produciendo profundos trastornos de la alimentación y de la respiración e, incluso, la extensión del tumor a otras zonas más distantes del organismo.

BENEFICIOS ESPERABLES: Curación de la enfermedad.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Pueden ser la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que se produzca una hemorragia de cierta intensidad durante el período posterior a la intervención. Si esta hemorragia postoperatoria fuera muy intensa o no se tratara con corrección podría aparecer una anemia e incluso un «shock» –llamado hipovolémico– por la pérdida del volumen de sangre. Por ello, si se produjera, su tratamiento podría requerir una nueva intervención o una transfusión. Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, pueda pasar la sangre que procede de la herida operatoria hacia las vías respiratorias; a esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo, incluso, una parada cardiorrespiratoria.

Es posible que se produzca la infección de la herida quirúrgica o del aparato respiratorio, y disfagia –dificultades para tragar– que pueden ser definitivas y quedar como secuela.

Pueden aparecer, también, fístulas faríngeas –comunicaciones de la garganta con el exterior del cuello–, enfisema cervical o mediastínico –pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax–, necrosis –destrucción– de las partes blandas del cuello, recidiva –reaparición– de la enfermedad, temprana o tardíamente.

Pueden aparecer alteraciones del olfato y del gusto, limitaciones en la motilidad de la lengua o del labio y una cicatriz antiestética o dolorosa.

En el caso de la realización de una traqueotomía, pueden aparecer tapones mucosos en la tráquea o los bronquios.

En el caso de que se precise un vaciamiento cervical, puede aparecer una hemorragia a nivel del cuello, 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 pudiera requerir la realización de una traqueotomía si es que no se ha realizado con anterioridad.

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 (disminución del riego) 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 traqueotomía, si no se ha realizado antes.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una movilización anormal, la fractura o la edentación –pérdida de alguna pieza dental– de manera accidental, la fisura del paladar, la aparición de una voz nasalizada que llamamos rinolalia y la insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior, durante la deglución.

El stress del paciente puede justificar una úlcera gastroduodenal y una depresión.

Además, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas

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.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a 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.

Firma del tutor o familiar

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.

Firma del paciente o representante legal

Fecha: / /