

FARINGEKO TUMOREA ERAUZTEKO BAIMEN INFORMATUA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE TUMORACIÓN FARÍNGEA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
.....Data:

B. INFORMAZIOA:

Faringeko tumoreek izaera, tamaina eta kokapen oso desberdina izaten dute, faringearen barruan. Baldintza horien arabera, espezialistak aholkatuko dizu teknika kirurgiko bat edo bestea egin.

Orokorrean, ebakuntza hau egiteko, anestesia orokorra eman behar da. Horrek eragin ditzakeen arriskuen berri anestesia-zerbitzukoek emango dizute. Batzuetan ahotik egin daiteke. Beste batzuetan irekigune hori handitu egin behar da, ezpaina ebakiz edo baita beheko masailezurra ere. Azkenik, zenbait kasutan abordatze-bidea lepotik hasten da.

Askotan, ebakuntza horrek trakeotomia bat egitea eskatzen du, hau da, lepo-mailan trakea irekitzean datzan teknika kirurgiko bat; helburua trakearen eta kanpoaldearen arteko komunikatzeko bide bat, zulo bat egitea da, komunikabide horretatik arnastea ahalbidetuz.

Beste batzuetan, elikatze-zunda bat jarri beharra egoten da; sudurraren mailan sartzen da, eta esofagora iristen da, pazientea elika dadin errazteko. Zunda hori aldi baterako izaten da. Kasu zehatz batzuetan, espezialistak abdomenean zulo bat egitea erabaki dezake; zunda baten bitartez, urdaila eta kanpoaldea komunikatuko ditu, pazientea elika dadin errazteko.

Gainera, kasurik gehienetan, gongoil zerbikalen erauzketa egitea eskatzen du. Gongoil zerbikalen erauzketan, lepoko gongoil linfatiko gehienak erauzten dira, alde bakarretik edo bietatik. Horretarako, ebaki bat egiten da lepoan, alde batean edo bietan. Helburua gaixotasuna gorputzeko beste atal batzuetara hedatzea da.

Lepotik hodi handiak pasatzen dira –lepora eta burura odola eramaten duten arteriak eta benak-, baita burmuinetik gorputzeko beste atal eta organo batzuetara doazen nerbio garrantzitsuak ere; gainera, bertan muskuluak eta guruin-egiturak daude. Batzuetan, gongoil zerbikalak erauzi behar direnean, beharrezkoa izan daiteke egitura horietakoren bat sakrifikatzea, sendatzeko helburuarekin betiere. Bestetik, ebakuntzan zehar, lesionatuta gerta daitezke egitura horietako batzuk.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

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, de cuyos riesgos le informará el Servicio de Anestesia. 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.

Kasua arabera, baliteke pazienteak ZIUn ingresatuta geratu behar izatea, ebakuntza egin eta hurrengo 24 orduetan hobeto kontrolatzeko. Hurrengo egunean, solairura igaro eta bertan errekerperatzen jarraituko du.

Pazienteak hodi txiki batzuk izango ditu drainatzeko, lepoaren alde batean edo bietan; egoeraren arabera, 2 edo 3 egun igarota kenduko zaizkio. Ebakuntza egin ondorengo lehenengo egunetan odoljarioak edo infekzioak ager daitezkeela-eta, gerta daiteke beste ebakuntza bat egin behar izatea, eta horregatik ospitaleko egonaldia luzatu egingo litzaioke.

Ebakuntzaren ondoren, trakeotomia egin bada, hodi bat ipintzen da egindako zuloan, trakea-kanula deritzona. Hodi horren bitartez arnasa hartzen da, eta jariakinak kanporatzen dira.

Oso garrantzitsua da garbi mantentzea buxadurarik gerta ez dadin. Horregatik, ezinbestekoa da jariakinak aspiratzea eta bustitzea, barruan daudenean lehortu ez daitezzen. Kanula zenbait egunetan eta astetan eraman beharko da. Kasu batzuetan, kanula behin betiko izaten da.

Ebakuntzaren ondoren molestia mingarriak agertzen dira irenstean; minak gogor samarrak izan ohi dira, eta 10-15 egunetan luza daitezke, belarrietarantz zabalduz. Horregatik, komeni da lasaigarriak ematea. Lehenengo orduetan listua odolez tindatuta ager daiteke, edo jada digeritu den odol iluna duten okak egon daitezke, ebakuntzan irentsitako odolari lotuta daudenak. Orobat, baliteke gorozkiak ilunak izatea lehen egunetan, arrazoi beragatik.

Lehenengo egunetan, hatsa sumatu daiteke. Hasieran, zunda baten bitartez elikatzen da, esan dugun bezala, eta ondoren, posible da ahotik elikatzea. Hasieran, likidoak bakarrik hartuko dira, eta ondoren, elikagai bigunak, erabat orbaindu arte.

Ospitaleratzearen iraupena aldakorra da, molestien, bilakaeraren eta abarren arabera.

Ospitaleratuta dagoen bitartean, sukarra eta odoljarioa dagoen edo ez kontrolatuko da, eta baita zauriaren orbaintze-prozesua ere.

Erabat orbaintzeko, gutxi gorabehera, 7 egun behar dira. Horietako egun batzuetan ospitalean ingresatuta egon beharko da eta gero Zerbitzuko kanpo-kontsultetara joango da behar diren azterketak edo sendaketak egitera.

Kasu batzuetan, gaixotasuna behar bezala tratatzeko, beharrezkoa izango da ebakuntzaren ondoren erradioterapia edota kimioterapia ematea.

ESPERO DIREN ONURAK: Gaixotasuna

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 necesaria la administración de radioterapia y/o quimioterapia tras la intervención.

BENEFICIOS ESPERABLES: Curación de la enfermedad.

sendatzea.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Nahiz eta ezohikoa den, ebakuntzaren ondoko epealdian, posible da nolabaiteko intentsitateko odoljariora egotea. Odoljariora oso handia izango balitz edo egoki tratatu ezean, shock hipobolemikoa gerta daiteke, odol-bolumenaren galerarengatik. Horregatik, gertatuko balitz, horrek beste ebakuntza kirurgiko bat eta transfusio bat eska dezake; horien arriskuen berri hematologia-zerbitzukoek emango dizute. Gerta liteke, ezustean, zauri kirurgikoaren odola arnasbideetara igarotzea. Horri hemoaspirazioa edo adenoideen aspirazioa izena ematen zaio, eta arnasbideak buxa ditzake, baita bihotz-biriketako geldialdia eragin ere.

Gerta daiteke zauri kirurgikoaren edo arnas aparatuen infekzioa edo disfagia, hau da, irensteko zailtasuna, agertzea; betirako izan daitezke, eta ondorio gisa geratu.

Honako hauek ere ager daitezke: faringeko fistulak, hau da, eztarria lepoko kanpoaldearekin komunikatzea; enfisema zerbikala edo mediastinikoa, hau da, aire-burbuila txikiak agertzea lepoan edo toraxean; lepoko zati bigunen nekrosia -desegitea-; gaixotasuna berriz agertzea, epe laburrean edo luzean.

Usaimenaren eta dastamenaren nahasmenduak ager daitezke, mihia edo ezpaina mugitzean mugak, eta orbain antiestekiko edo mingarri bat.

Trakeotomia eginez gero, tapoi mukosoak ager daitezke trakea edo bronkioetan.

Zerbikala erazte beharrezkoa den kasuetan, odoljariora ager daiteke lepoaldean; horrek beste ebakuntza kirurgiko bat eta transfusio bat eska dezake. Batzuetan, odoljariora horrek «lepoko hematoma itolarri-eragilea» sorraraz lezake; kasu horretan, trakeotomia egin beharko litzateke, lehenago egin ez bada.

Konplikazio kardiobaskularrak ager daitezke, hala nola shock hipobolemikoa (odol-bolumena galtzen delako deitzen zaio horrela), enbolia gaseosa (airea hodian barruan sartzea), bena-tronbosia (koagulu bat sortzea benaren barruan), biriketako enbolia (koagulu bat kokatzea arnasbideetara doazen hodian barruan) eta bihotz-gelditzea.

Baliteke alterazio entzefalikoak agertzea, normalean burmuineko iskemiak (odol-fluxua murriztea) eraginda: itsutasuna, hipoakusia neurosensoriala (gorreria) eta bertigoia;

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

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, de cuyos riesgos le informará el Servicio de Hematología. 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

hemiplegia (gorputz erdiaren paralisia); pazientearen heriotza ere gerta daiteke. Laringeko edema (hantura) eta arnas zailtasunak sor daitezke; eta, hori dela eta, beharrezkoa izan daiteke trakeotomia egitea, lehenago egin ez bada.

Horrez gain, konplikazioen artean ondorengoak hartu behar dira kontuan: ustekabeen hortz piezaren bat mugitzea, haustea edo edentatzea (hortz-piezaren bat galtzea); ahosabaiko fisura; ahots sudurkaritua agertzea (errinolalia esaten zaio); eta ahosabai-errezela aski ez izatea irenste-fasean sudur-zuloen atzeko aldea estali eta ixteko.

Pazientearen estresak ultzera gastroduodenal bat eta depresioa eragin ditzake. Horiez guztiez gain, interbentzio kirurgiko guztiek izaten dituzten konplikazioak ager daitezke, eta anestesia orokorrari lotutakoak ere bai. Bizi-arriskua gutxitan izaten den arren, anestesia erabiltzen duen edozein egintza medikotan gerta daiteke. Anestesia-mota honekin, heriotza-kasu bat deskribatu da 15.000 interbentziotatik.

Oro har, arrisku kirurgikoa areagotu egiten da adinarekin, izandako gaixotasun-kopuruarekin eta gaixotasun horien larritasunarekin batera.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

E. ARRISKU PERTSONALAK:

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Erradioterapia eta kimioterapia izan daitezke, kasu gehienetan kirurgiak baino arrakasta-aukera gutxiagorekin.

EBAKUNTZA HAU EGIN EZEAN, beste tratamendu batzuk egiten ez badira, pentsatu behar da tumorearen izaerak hura ezinbestean

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.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

D. AVÍSEÑOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

E. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

F. ALTERNATIVAS:

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

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, si no se realizan otros tratamientos, hay que suponer que la naturaleza de la tumoración justifique su

haztea ekarriko duela, elikaduran eta arnasketan nahasmendu sakonak eragiten bukatuko duela, baita tumorea organismoko urrunagoko eremuetara zabaltzea ere.

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.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Medikua/El/La Médico**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento.
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha