

Exploración de mediastino, tumores



INFORMACIÓN GENERAL

El mediastino es el espacio situado entre los dos pulmones, corazón y columna vertebral. Discurren por el mismo arterias, venas, nervios, conductos linfáticos, tráquea, esófago y es asiento de la glándula tímica y diversos grupos ganglionares. En él, pueden localizarse distintas clases de tumores, dependientes de las estructuras descritas y pueden precisar abordaje quirúrgico para su extirpación íntegra, si bien, ocasionalmente, ello no es posible debido a la infiltración de estructuras vecinas.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA EXPLORACIÓN DE MEDIASTINO

Para acceder a este espacio, habitualmente se practica una incisión vertical en la cara anterior del tórax, que incluye la sección del esternón. En otras ocasiones, el abordaje es lateral, derecho o izquierdo, a través de espacios entre las costillas. Una vez concluida la cirugía, se colocan distintos drenajes, que deberán mantenerse al menos 24-48 horas, siendo retirado en cuanto sea posible. El tiempo de duración de la intervención es muy variable, pero en líneas generales, se utilizará un tiempo no inferior a dos horas. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRUGÍA DEL MEDIASTINO. TUMORES.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- Frecuentes: hemorragia linforragia, infecciones, fuga aérea, neumotórax, retención de secreciones pulmonares o aquellas derivadas de la lesión de estructuras próximas como, nervios (frénico, laríngeos, vago o médula espinal), tráquea o esófago.
- Hemorragia o infección.
- Menos frecuentes pero más graves: neumonía, insuficiencia respiratoria, embolia pulmonar, alteraciones del ritmo cardíaco, etc.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad (inferior al 2%), si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La cirugía es el mejor tratamiento que se puede ofertar, dado que busca la resolución definitiva de su problema. En ocasiones, se precisará de terapias complementarias tales como la quimio o radioterapia, opciones de las que será informado personalmente siempre que ello se requiera.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, D/Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **CIRUGÍA DEL MESIASTINO. TUMORES.**

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Madrid, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

D.N.I.:

Fdo.:

PACIENTE

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO

Dr.:

Nº Colegiado:

Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:

Fdo.:

Denegación o Revocación

Yo, D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Madrid, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

D.N.I.:

Fdo.:

PACIENTE

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO

Dr.:

Nº Colegiado:

Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:

Fdo.: