

Consentimiento informado para intervención quirúrgica de resección de quemodectoma carotídeo (tumor del glomus carotídeo)

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (Representante legal, familiar o allegado),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

Descripción del problema que Ud. presenta

El corpúsculo carotideo se ha desarrollado en exceso formando lo que se llama quemodectoma carotideo o tumor del glomus carotideo, que consiste en una tumoración situada entre la carótida interna y externa, muy vascularizada, que tiende a crecer y está rodeada de los pares o nervios craneales (nervios que controlan la motilidad de la lengua, faringe, laringe y sistema cardiopulmonar). De forma excepcional (menos de un 3 % de los casos), se puede malignizar o reproducirse a distancia en otros órganos.

¿En qué consiste la intervención?

La intervención propuesta, que se realiza bajo anestesia general e incisión en la parte lateral del cuello, pretende la extirpación completa de esa estructura (quemodectoma), siendo la única forma de eliminar completamente esta tumoración. Tras la intervención permanecerá ingresado en la Unidad de Reanimación postoperatoria hasta el momento de volver a planta (24 ó 48 horas de promedio). En algunas ocasiones, durante la operación surgen situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento previsto.

Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta **Objetivo y beneficios:**

Eliminar la tumoración y sus efectos sobre las estructuras que le rodean y/o las posibles complicaciones a que podría dar lugar.

Riesgos generales:

1. De cualquier intervención: Infección, hemorragia, alteraciones cardiológicas, respiratorias y/o renales, defectos de cicatrización y trombosis venosa profunda. Estas complicaciones se suelen resolver con tratamiento médico, aunque a veces es necesaria una nueva intervención quirúrgica. En algunos casos pueden tener consecuencias graves.
2. Específicos del paciente: La obesidad y/o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, bronquitis crónica, etc. son factores que agravan el riesgo de complicaciones durante la intervención y en los días siguientes (postoperatorio).

Riesgos específicos de la operación:

1. Fundamentalmente la hemorragia desde el quemodectoma, la necesidad de reseca la bifurcación carotidea porque sufra invasión por el quemodectoma, teniendo que interrumpir durante un tiempo la circulación a través de las arterias carótidas, pudiendo dar lugar a que aparezca un infarto cerebral durante la intervención o en las horas siguientes. Se pueden lesionar otras estructuras cercanas, como los nervios de la lengua, del labio y de la laringe, apareciendo problemas al tragar o hablar. Hematoma en la herida quirúrgica que puede precisar de reintervención en el postoperatorio. Estas complicaciones son directamente proporcionales al tamaño del tumor.
2. Esta intervención presenta un riesgo de accidente vascular cerebral y de fallecimiento de alrededor del 3 %, siendo las dos causas principales del mismo el infarto cerebral y el infarto de miocardio.

Alternativas:

En su caso particular se ha considerado que éste es el procedimiento más adecuado. La radioterapia o la embolización son procedimientos que aislados no han demostrado su eficacia terapéutica.

Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS (si procede, aparte de los referidos en el apartado 2 de riesgos generales:

Declaración de consentimiento:

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, El/La Dr./Dra. _____

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascul**ar. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

PACIENTE/REPRESENTANTE:
D.N.I.
Fdo.:

MÉDICO:
Nº Colegiado:
Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:
D.N.I.:
Fdo.:

MÉDICO:
Nº Colegiado:
Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:
D.N.I.
Fdo.:

MÉDICO:
Nº Colegiado:
Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__