

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VACIAMIENTO GANGLIONAR DEL LADO AFECTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

El vaciamiento ganglionar cervical consiste en la extirpación, bajo anestesia general, 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 en ambos lados. Se practica como parte del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del área de la cabeza y del cuello y su finalidad es impedir que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo.

Cabe también la posibilidad de que se realice con fines diagnósticos.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Su finalidad es impedir que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo. Se pretende la curación o mejoría de la enfermedad.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Quimioterapia o radioterapia con efectividad variable.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

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 permanezca ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, para su mejor control postoperatorio, durante las primeras 24 horas tras la intervención. Al día siguiente pasará a la planta donde continuará su recuperación.

Debe llevar unos pequeños tubos de drenaje, en uno o ambos lados del cuello, que se retiran a los 2 ó 3 días.

### C. INFORMADO DE VACIAMIENTO GANGLIONAR DEL LADO AFECTO

En los primeros días, 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 debe permanecer ingresado en el hospital. Posteriormente, debe acudir a las consultas externas del Servicio de Otorrinolaringología para las revisiones o curas que sean necesarias.

En determinados casos, para el correcto tratamiento de la enfermedad es necesario la administración de radioterapia y /o quimioterapia.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de *no efectuarse esta intervención*, la evolución del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, ocasionará la muerte por extensión, regional o a distancia –lo que conocemos como metástasis–. Esta extensión provoca diferentes problemas en relación con la localización de la extensión tumoral.

### RIESGOS FRECUENTES

1. Hemorragia, que puede requerir una nueva intervención quirúrgica y una transfusión. En ocasiones, es la causa del llamado «hematoma sofocante del cuello», que puede requerir la realización de una traqueotomía, es decir la apertura de la tráquea para asegurar la ventilación del paciente.
2. 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.
3. Complicaciones cardiovasculares, 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.
4. Alteraciones encefálicas, generalmente por isquemia cerebral, como ceguera, hipoacusia neurosensorial –sordera– y vértigo, hemiplejía –parálisis de la mitad del cuerpo– e, incluso, el fallecimiento del paciente.
5. Edema –inflamación– de la laringe, si es que ésta existe y dificultades respiratorias que pueden requerir una traqueotomía. Pueden aparecer dificultades de deglución e incluso una úlcera gastroduodenal por el stress.
6. Lesión del plexo cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso y frénico, que provocan alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.
7. Hinchazón de la cara o del cuello; la infección de la herida quirúrgica; la dehiscencia –la apertura– de las suturas; la necrosis –destrucción– de determinadas porciones del cuello; y la fistulización de un líquido de aspecto lechoso por lesión del conducto torácico.
8. alguna de estas complicaciones puede comprometer la vida. El riesgo aumenta si se han realizado tratamientos previos del cuello, como otras intervenciones quirúrgicas o radioterapia.
9. La cicatriz pueda ser antiestética o dolorosa.
10. 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.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

### RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

### CONTRAINDICACIONES

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### C. INFORMADO DE VACIAMIENTO GANGLIONAR DEL LADO AFECTO

<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>