

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| <b>CENTRO SANITARIO</b> | <b>SERVICIO DE</b> |
|-------------------------|--------------------|

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

El vaciamiento ganglionar cervical consiste en la extirpación de la mayor parte de los ganglios linfáticos del cuello. Puede ser de un solo lado (unilateral) o de los dos (bilateral).

Se hace como parte del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del área de la cabeza y del cuello, y sirve para impedir que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo.

Puede realizarse también con fines diagnósticos

**CÓMO SE REALIZA:**

Se realiza con anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

Se realiza a través de una incisión que se practica en el cuello, en uno o en ambos lados.

El cuello es una zona de paso de grandes vasos (arterias, venas) y de importantes nervios que, desde el cerebro, se dirigen hacia diferentes zonas y órganos del resto del cuerpo, además de contener músculos y estructuras glandulares.

A veces, al practicar un vaciamiento cervical puede ser necesario sacrificar alguna de estas estructuras, siempre con fines curativos. Aunque en el transcurso de la intervención puede resultar lesionada alguna de estas estructuras.

Dependiendo de cada caso, es posible que el paciente permanezca ingresado en la UCI, para su mejor control postoperatorio, durante las primeras 24 horas tras la intervención.

Al día siguiente pasará 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 o 3 días, según las circunstancias.

En los primeros días después de la intervención, 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 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.

---

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

---

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Curación o mejoría de la enfermedad.

---

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

La quimioterapia o la radioterapia con efectividad variable son las alternativas terapéuticas.

En la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada.

Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le informará y aconsejará para que de forma conjunta puedan decidir la mejor conducta a seguir.

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 del paciente por extensión, regional o a distancia - lo que conocemos como metástasis-. Esta extensión provocará diferentes problemas en relación con la localización de la extensión tumoral.

En su caso:

---

### QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- 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 donde se haya colocado la plaza ( muslo, espalda etc ).

- Dificultades de la deglución ,e incluso una úlcera gastroduodenal por el estrés del paciente.

- La lesión del plexo cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso, frénico, y facial provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio, diafragma o adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.

- Hinchazón prolongada de la cara o del cuello.

- Infección de la herida quirúrgica, la dehiscencia (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.

- La cicatriz puede ser antiestética o dolorosa.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Hemorragia, 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 precisaría la realización de una traqueotomía, es decir, la apertura de la tráquea para asegurar la ventilación del paciente.

- Diferentes complicaciones cardiovasculares: como el shock hipovolémico (llamado así por la pérdida del volumen de sangre), la embolia gaseosa ó penetración de aire en el interior de los vasos; la trombosis venosa ó formación de un coágulo en el interior de una vena, ó la embolia pulmonar ó enclavamiento de un coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio ó el paro cardíaco.

- Alteraciones encefálicas: generalmente por isquemia cerebral, como ceguera, hipoacusia neurosensorial , vértigo ó hemiplejía , incluso el fallecimiento del paciente

- Edema (inflamación) de la laringe y dificultades respiratorias que puedan requerir la realización de una traqueotomía.

Alguna de estas complicaciones pueden comprometer la vida del paciente. En general, el riesgo de complicaciones aumenta si se han realizado tratamientos previos en el cuello, como otras intervenciones quirúrgicas o tratamiento de radioterapia.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
  
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
  
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>CENTRO SANITARIO</b> | <b>SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA</b> |
|-------------------------|---|

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

|   |           |
|---|-----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE                  | DNI / NIE |
| APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL | DNI / NIE |

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

|                    |       |       |
|--------------------|-------|-------|
| APELLIDOS Y NOMBRE | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE | FECHA | FIRMA |

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

|                         |                                      |           |
|-------------------------|--------------------------------------|-----------|
| <b>CENTRO SANITARIO</b> | <b>SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA</b> | <b>DE</b> |
|-------------------------|--------------------------------------|-----------|

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---