

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

Cuando se detectan ganglios (adenopatías) en el cuello y clínicamente se sospecha que pueden ser patológicos, suelen ser necesarias diferentes exploraciones, estudios de imagen, punción, etc. A pesar de ello, puede ser que no se conozca la causa precisa de su aumento de tamaño. Cuando esto ocurre, se indica la realización de una cervicotomía-adenectomía. Los beneficios son la posibilidad de conseguir un diagnóstico definitivo y una curación del proceso, en caso de éxito de la intervención.

2. ¿Cómo se realiza?:

Esta intervención, según el caso, se puede realizar bajo anestesia local o general y consiste en extirpar uno o más ganglios a través de una incisión en el cuello. Una vez realizada la cirugía, los ganglios extraídos se analizan para poder tener un diagnóstico de certeza de la enfermedad y establecer el tratamiento más adecuado en cada caso. En algunos casos, el estudio-análisis de los ganglios puede realizarse en el mismo momento de la intervención. En estas situaciones, dependiendo del resultado, se podrá continuar en el mismo acto operatorio con una cirugía más amplia, sin necesidad de demorarlo para otra intervención.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Las complicaciones de esta cirugía incluyen:

- Complicaciones inherentes al acto quirúrgico: hemorragia aguda, que puede requerir transfusión.
- Complicaciones cardiovasculares: embolia pulmonar, trombosis venosas...
- Infección de la herida, que precisará tratamiento con antibióticos.
- Complicaciones derivadas del estrés, como úlceras de estómago, hematomas u otras colecciones líquidas en el lecho operatorio.
- Consecuencias clínicas por lesión de los nervios cervicales.
- Se puede producir un edema-inflamación de la laringe o bien por compresión de la misma y producir dificultades respiratorias que puedan requerir la realización de una traqueotomía.

Como consecuencia de alguna de estas complicaciones, se prolongará la estancia operatoria y puede ser necesario someter a la persona a reintervenciones. alguna de estas complicaciones puede ser muy grave e incluso comprometer la vida de la persona. Los efectos secundarios:

- Problemas en los movimientos del hombro, lengua o labio inferior.
- Cicatriz y alteración estética en el área operatoria.
- Adormecimiento y dolor en la zona de la herida operatoria.

Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia, pueden producirse. Estos riesgos vitales, tanto operatorios como postoperatorios, son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que el paciente presente.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Las consecuencias previsibles de su realización son

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Al no poder diagnosticar la enfermedad adecuadamente, no se puede predecir la evolución.

6. Alternativas:

Existen diversos procedimientos que puedan ayudarnos en el diagnóstico de la naturaleza de un ganglio, como se describe anteriormente, pero cuando estas no son concluyentes el no realizar esta intervención quedaría la enfermedad sin diagnosticar por lo que no se podría establecer ningún tratamiento.

7. Riesgos en función de su situación:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

OTORRINOLARINGOLOGÍA

CERVICOTOMÍA

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÉFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

, d de

Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

, d de

Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*