



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Esta intervención consiste en la extirpación, bajo anestesia general, de la mayor parte de los ganglios linfáticos del cuello. Se realiza con el objetivo de llegar a un diagnóstico definitivo y conseguir la curación del proceso en caso de éxito.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Este procedimiento se realiza mediante una incisión en el cuello a través de la cual, se extirpan la mayor de los ganglios linfáticos del cuello. Puede realizarse de manera unilateral (solo un lado del cuello) o bilateral (se vacían los dos lados del cuello). Se practica, en general, como parte del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del área de cabeza y cuello, y su finalidad es impedir que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo. Este tipo de operaciones, pueden llevar aparejada, con fines terapéuticos, la extirpación de la vena yugular interna, el músculo esternocleidomastoideo y la glándula submaxilar y el nervio espinal.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?** Los riesgos vitales son poco frecuentes; aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. Estos riesgos vitales 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 y los que resulten de la extirpación de estructuras vasculares o nerviosas anteriormente descritas. Como consecuencia de alguna de estas complicaciones se puede prolongar la estancia hospitalaria y ser necesario someter al paciente a reintervenciones. Alguna de estas complicaciones puede ser muy grave e incluso comprometer la vida.

Las complicaciones de esta cirugía incluyen:

- Hemorragia: que puede llevar al shock hipovolémico. Esta hemorragia puede requerir de transfusión sanguínea y revisión de la herida quirúrgica e incluso traqueotomía en caso de Hematoma sofocante.
- Infección de la herida quirúrgica, dehiscencia de la sutura, la necrosis y destrucción de los tejidos así como la aparición de un fistula de un líquido lechoso procedentes del conducto torácico. Que puede precisar de tratamiento antibiótico y revisión quirúrgica de la herida en quirófano.
- Complicaciones cardiovasculares: Trombosis venosa, embolia pulmonar y parada cardiorrespiratoria, etc.
- Alteraciones encefálicas, por isquemia cerebral, tales como ceguera, hipoacusia neurosensorial, vértigo, hemiplejía e incluso la muerte.
- Complicaciones derivadas del estrés como úlceras de estómago.
- Hematomas u otras colecciones líquidas.
- Problemas de movilidad en hombro, lengua, labios y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja y de la zona operada, así como dolor en la misma.
- Cicatriz y alteración estética en la zona de la operación.
- Hinchazón facial, que puede ser prolongado y se agravaría con la RT posterior

Las complicaciones pueden aumentar por la patología concomitante del paciente, previo a la intervención.

- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** Las consecuencias previsibles de realización son.....
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** En caso de tumores malignos de cabeza y cuello, la evolución sin tratamiento es siempre hacia la destrucción local y el fallecimiento del paciente en plazo indeterminado, pudiendo presentar complicaciones durante su evolución que dependen de la localización tumoral.
- 6. Alternativas:** Son alternativas de efectividad variable la Radioterapia y la Quimioterapia.
- 7. Riesgos en función de la situación del paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**OTORRINOLARINGOLOGÍA
VACIAMIENTO CERVICAL GANGLIONAR**

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	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / 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.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de 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.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de 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.*