

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTRODUCCION

La afectación de los ganglios del cuello pueden deberse a la existencia de patología tumoral maligna en la vía aéreo-digestiva superior, o en los tejidos de la cara, el cuello o las glándulas salivares. El propósito de la intervención es efectuar la extirpación de todos los ganglios situados en el territorio de drenaje linfático del órgano origen del tumor. Esta intervención es necesaria para conocer el grado de extensión de la enfermedad que, sin tratamiento, evolucionaría desfavorablemente. El tipo de anestesia requerida será la indicada en la consulta. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE EL VACIAMIENTO CERVICAL

Si la lesión tumoral se conoce y es susceptible de intervención quirúrgica, el vaciamiento cervical se realizará en el mismo tiempo operatorio que la extirpación del tumor de origen, aprovechando la misma incisión cutánea uni o bilateral.

Si la lesión tumoral no se encuentra previamente (metástasis de origen desconocido) o la lesión tumoral ya ha sido tratada previamente mediante cirugía o radioterapia, la incisión cutánea se efectuará en un lado del cuello o en ambos, caso de presentar afectación ganglionar bilateral.

La extirpación ganglionar puede ser más o menos extensa dependiendo de los hallazgos quirúrgicos y del compromiso de músculos, vasos o nervios del cuello afectados. Habitualmente se deja un drenaje a nivel de la región cervical que se mantendrá durante algunos días.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DEL VACIAMIENTO CERVICAL

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,...), y los específicos del procedimiento:

Riesgos inmediatos:

- Hemorragia o hematoma local.
- Complicaciones a nivel de la herida quirúrgica: cicatrización anómala o sobreinfección, que requieran tratamiento médico o quirúrgico asociado.
- Fístula de conducto linfático: que precise curas prolongadas o incluso reintervención quirúrgica.
- Edema laríngeo: que obligue a la realización de una traqueotomía preventiva.

Estas complicaciones inmediatas son más frecuentes en caso de que la cirugía se efectúe después de un tratamiento radioterápico.

Riesgos secundarios: La cicatriz cervical puede fibrosarse y hacerse dolorosa, con zonas de anestesia. Dolores cervicales o de espalda en relación con la movilización del brazo. Existe también un riesgo de recidiva posterior del tumor a pesar de una extirpación completa.

Complicaciones graves excepcionales:

- Hemorragia importante que requiera revisión quirúrgica.
- Dificultad severa de alimentación o modificación definitiva de la voz.
- Neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

.....

.....

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

.....

.....
.....

RESPONSABILIDADES ECONOMICAS

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de los implantes y material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y hayan sido todas sus preguntas antes de que firme este consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA

1. Por la presente autorizo al **Dr. José Ramón Castelló Fortet** y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:

.....
He recibido el siguiente folleto informativo: "Consentimiento informado para vaciamiento ganglionar cervical".

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Me ha sido explicado de forma comprensible: el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento, los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D.

....., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

Así pues, doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento, estando satisfecho/a con la información que se me ha facilitado.

En a de de 201...

Firma del Paciente

Firma del Cirujano Plástico

DR. JOSE RAMON CASTELLO FORTET
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA
MIEMBRO DE LA S.E.C.P.R.E.
COL. NUM. 282845840

JUAN BRAVO, 25 BAJO IZDA.
28006 MADRID
TEL. 91 771 02 96

Firmado: D./D^a.

Fdo.: Dr./Dra.

(Nombre y apellidos)

(Nombre y apellidos)

D.N.I.: