

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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 suele realizar 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.

El cuello es zona de paso de grandes vasos –arterias y venas de la cabeza y el cuello–, de importantes nervios que, desde el cerebro, se dirigen hacia 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 algunas de estas estructuras.

Dependiendo de cada caso, es posible que el paciente permanezca ingresado en la U.C.I., 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 ó 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 necesario la administración de radioterapia y /o quimioterapia, tras la intervención.

En caso de NO EFECTUAR 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.

BENEFICIOS ESPERABLES

Curación o mejoría de la enfermedad.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Quimioterapia o radioterapia con efectividad variable. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Puede aparecer una 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.

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.

Pueden aparecer diferentes complicaciones cardiovasculares, tales 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.

Cabe la posibilidad de que aparezcan alteraciones encefálicas, generalmente por isquemia cerebral, tales como ceguera, hipoacusia neurosensorial –sordera- y vértigo, hemiplejía –es decir, parálisis de la mitad del cuerpo- e, incluso, el fallecimiento del paciente.

Se puede producir un edema –inflamación- de la laringe y dificultades respiratorias que puedan requerir la realización de una traqueotomía.

Pueden aparecer dificultades de la deglución e, incluso, una úlcera gastroduodenal por el stress del paciente. Es posible, también, la lesión del plexo cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso, frénico, y facial que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.

Es habitual que se produzca una hinchazón de la cara o del cuello, que pueda ser prolongada; 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.

La cicatriz pueda ser antiestética o dolorosa.

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

No hay que ignorar, además de todo ello, las 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 RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que durante la intervención el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultará la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal