

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía de 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 lados (bilateral).

Puede realizarse un vaciamiento del grupo ganglionar central (región traqueo esofágica y ganglios peritiroideos) cuando hay cánceres de tiroides que comprometen esta zona anatómica. 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 y/o extirpar adenopatías cervicales ya comprometidas por estos tumores malignos. 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.

Su objetivo es la resolución y mejoría de la enfermedad de base que genera estas adenopatías malignas. Esta cirugía puede realizarse en el mismo tiempo en que se realiza la extirpación del tumor maligno primario o realizarse después de haber extirpado el tumor primario (recurrencia ganglionar de la enfermedad).

El tipo de anestesia requerida, es general, y será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Riesgos: A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden **presentarse efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento** que dependiendo de la glándula afectada se pueden presentar:

Poco Graves y Frecuentes:

- Dolor sitio operatorio
- Dolor en sitio inserción de drenajes post operatorios
- Infección sitio quirúrgico
- Hemorragias intra o post operatoria
- Edema cervical y facial bajo
- Disfonía post operatoria y/o baja de calcio
- Trastorno de la deglución cuando se realiza disección ganglionar grupo del central
- Adormecimiento de la oreja y cara

Poco Frecuentes y Graves:

- Hematoma cervical expansivo post operatorio
- Alteraciones en funcionamiento de nervios cervicofaciales: nervio hipogloso, ramas nervio facial, nervio espinal, ramas de plexo nervioso cervicofacial, nervio frénico, lo cual se traduce en alteraciones en motilidad de la lengua, de la comisura labial, del hombro y del diafragma.
- Fistulas de conducto torácico (liquido lechoso por drenajes)
- Realización de traqueostomía cuando hay parálisis bilateral de nervios recurrentes

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Cirugía de Vaciamiento Ganglionar Cervical**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)