

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CENTRO SANITARIO****SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) LINFADENECTOMÍA CERVICAL  
(extirpación de los ganglios del cuello)**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:****EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

El objetivo de la intervención a la que usted va a someterse es la extracción de todo el tejido celular y ganglionar existente en la región lateral del cuello, conservando o extirpando, según los casos, las estructuras no vitales (músculos, glándulas, vasos, nervios). Sirve para completar el tratamiento quirúrgico de enfermedades tumorales que afectan a la cabeza y el cuello. Además se realizará un estudio de los tejidos obtenidos.

**CÓMO SE REALIZA:**

La intervención se realiza mediante unas incisiones (heridas) por debajo de la mandíbula y al menos otra vertical que se continúa hacia abajo, a fin de exponer todo el cuello a tratar. Se extirpan todos los ganglios linfáticos localizados allí.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

La linfadenectomía cervical disminuirá el drenaje linfático de la cabeza y cuello. Habrá cicatrices visibles y disminución del volumen en la región lateral del cuello intervenida.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

El estudio que se realizará a los ganglios extirpados proporcionará información de la extensión del tumor a través del cuello. Esto servirá para valorar el tratamiento posterior, y tendrá relación con el pronóstico. Además evitará la extensión de la enfermedad a tejidos vecinos o a distancia.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

En el caso de que sea una persona candidata a la biopsia selectiva del ganglio centinela, esta alternativa es posible, en centros acreditados.

Creemos que esta es la alternativa más eficaz. En caso de no aceptar la linfadenectomía cervical, en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, o una combinación de éstas.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Cicatrización cutánea: quedarán cicatrices en la región intervenida, que presentarán un trayecto variable según el diseño de la incisión quirúrgica. Las cicatrices pueden ser en algunos casos inestéticas, anormales o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal incluyendo cirugía.
- Seroma o edema linfático: es relativamente frecuente, puede necesitar drenar el líquido acumulado.
- Déficits sensitivos: pueden presentarse pérdidas temporales o permanentes de la sensibilidad en las zonas próximas a la intervención.
- Dolor: Puede aparecer dolor en el cuello, hombros y espalda, como secuela de la intervención, dependiendo de si ha sido necesario el sacrificio de estructuras musculares o nerviosas durante la misma. Es muy infrecuente el dolor crónico por el atrapamiento de nervios en el tejido cicatricial.
- Flebitis: la inflamación de las paredes de las venas es posible pero muy poco frecuente
- Edema: la hinchazón transitoria de la cara es relativamente frecuente.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Hemorragia: es posible, aunque infrecuente, sufrir una hemorragia durante o después de la cirugía. Si fuera de un vaso sanguíneo de gran calibre puede ser de mucha gravedad, poniendo en peligro la vida del paciente. Sería necesario cohibir el sangrado mediante un tratamiento quirúrgico de urgencia, y/o transfusión sanguínea.
- Infección: podría ser necesario tratamiento antibiótico y cirugía adicional.

- Dehiscencia (apertura) de la herida: por tensión de los bordes, necrosis o infección puede darse una dehiscencia que podría necesitar una nueva intervención.
- Necrosis de los colgajos: los tejidos utilizados para el cierre de la herida quirúrgica pueden perderse por falta de riego o infección, necesitando nuevas intervenciones.
- Lesión de estructuras vecinas: durante la linfadenectomía se pueden lesionar nervios que alteren la sensibilidad o movilidad de la cara, boca o laringe.
- Dificultad para la movilidad del hombro y brazo por lesión de nervios de la zona.
- Complicaciones vasculares: la manipulación necesaria de los grandes vasos sanguíneos cervicales durante la intervención puede ocasionar accidentes vasculares cerebrales. Estos accidentes vasculares pueden suponer déficits neurológicos centrales de gravedad variable y pueden ser permanentes.
- Complicaciones respiratorias: las operaciones en la zona cervical pueden requerir, a causa de la patología asociada o por edema postoperatorio, la intubación orotraqueal o la realización de una traqueostomía.
- Reproducción de la enfermedad: a pesar de la intervención la enfermedad puede volver a aparecer en la cabeza, cuello o en otras partes del cuerpo.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

Las personas fumadoras tienen más posibilidades de tener problemas de cicatrización o de pérdida de los colgajos por falta de riego.

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención.

Las personas fumadoras tienen más posibilidades de tener problemas de cicatrización o de pérdida de los colgajos por falta de riego.

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
------------------	------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)  
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
------------------	------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_