

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este consentimiento es para uso exclusivo de los miembros de la Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología.

Centro de Salud:		Fecha	/ /
		Hora	
Ciudad / provincia:			
Nombre del paciente:		Edad:	
Cédula:		Sexo:	☐ F ☐ M
Dirección:			
Diagnóstico:			
Lado / localización:	☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Bilateral	Tipo de caso:	☐ Primario ☐ Reintervención
Anestesia prevista:	General	Médico informante:	
Exequátur:		No. CMD:	

II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde al vaciamiento ganglionar cervical o disección cervical, procedimiento destinado a extirpar ganglios linfáticos y tejidos del cuello con finalidad diagnóstica, terapéutica u oncológica. El procedimiento indicado podrá comprender, según el diagnóstico, la indicación médica, los hallazgos clínicos, anatómicos o intraoperatorios, la evolución del acto quirúrgico, la extensión de la enfermedad y el criterio del cirujano otorrinolaringólogo, una o varias de las siguientes intervenciones o alcances: vaciamiento cervical derecho, vaciamiento cervical izquierdo o bilateral; disección cervical selectiva, modificada o radical; abordaje del compartimento central; disección de los niveles cervicales I, II, III, IV y/o V; procedimiento asociado al tratamiento de un tumor primario; colocación de drenajes cervicales; otros procedimientos complementarios que sean necesarios para la adecuada realización del acto quirúrgico. La extensión definitiva del procedimiento dependerá de las condiciones particulares del paciente, la localización y extensión de la enfermedad, la necesidad terapéutica, la seguridad quirúrgica, la valoración oncológica y la valoración médica correspondiente.

Nota de alcance: la extensión definitiva puede variar por hallazgos intraoperatorios, anatomía individual, sangrado, infección, inflamación, cicatrices de cirugías previas, disponibilidad de equipos o condiciones de seguridad.

La localización y lateralidad del procedimiento se establecerán según el diagnóstico, la indicación médica documentada y el criterio del otorrinolaringólogo. Cuando corresponda anatómicamente, podrá realizarse en el lado derecho, en el lado izquierdo o de forma bilateral.

El procedimiento se realizará bajo anestesia general.

El consentimiento anestésico será explicado y firmado por separado por el servicio de anestesiología.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El vaciamiento ganglionar cervical consiste en extirpar ganglios linfáticos y tejidos del cuello, de un lado o de ambos, habitualmente como parte del tratamiento o diagnóstico de tumores de cabeza y cuello. La extensión depende de la localización del tumor, estudios de imagen, exploración, biopsias, hallazgos intraoperatorios y criterio oncológico.

Se realiza mediante una o varias incisiones en el cuello. El cuello contiene vasos importantes, nervios, músculos, glándulas, conductos linfáticos y estructuras relacionadas con deglución, voz, hombro, lengua, sensibilidad y respiración. En algunos casos puede ser necesario sacrificar estructuras afectadas por tumor para lograr control de la enfermedad.

Después de la cirugía se colocan drenajes y puede requerirse hospitalización, observación en UCI, curas, rehabilitación y tratamiento complementario con radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia u otros según el diagnóstico definitivo.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Tras la intervención puede presentarse dolor, inflamación, drenaje de líquido, adormecimiento de cuello/oreja/mandíbula, limitación para mover el hombro o cuello, cambios de voz o deglución y cansancio.

Los drenajes se retiran según cantidad y características del líquido. Deben vigilarse sangrado, aumento rápido del volumen del cuello, dificultad respiratoria, fiebre, salida de líquido lechoso, debilidad de hombro, lengua o labio, y signos neurológicos.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

La recuperación puede requerir fisioterapia de hombro y cuello, cuidados de cicatriz, seguimiento oncológico y controles prolongados. La inflamación o linfedema de cara/cuello puede persistir semanas o meses.

Debe acudir de inmediato si presenta sangrado, dificultad respiratoria, aumento rápido del cuello, dolor intenso, fiebre, debilidad neurológica nueva, salida abundante de líquido, apertura de la herida o deterioro general.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es extirpar ganglios afectados o sospechosos, mejorar el control regional de la enfermedad, obtener diagnóstico y estadificación, reducir riesgo de progresión y formar parte de un tratamiento potencialmente curativo o de control oncológico.

Entiendo que el procedimiento no garantiza curación definitiva. Puede persistir o recurrir enfermedad local, regional o a distancia, y pueden requerirse tratamientos complementarios o nuevas intervenciones.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir observación, biopsia, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida o combinaciones de tratamientos, según tipo de tumor, estadio, estado general y recomendaciones de comité oncológico.

En muchos tumores, las modalidades se combinan. El médico explicará la estrategia más adecuada según el caso.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, puede progresar la enfermedad ganglionar, invadir vasos, nervios, piel, vía aérea u otras estructuras, producir dolor, infección, sangrado, metástasis regional o a distancia y comprometer la posibilidad de control o curación.

Consecuencias específicas en este paciente: _____

IX. RIESGOS GENERALES

He recibido información suficiente, comprensible y oportuna; que he podido preguntar; que entiendo los beneficios, las alternativas y los riesgos; y que autorizo el procedimiento de manera libre e informada. Las complicaciones, cuando ocurren, pueden requerir medicamentos, curas, controles adicionales, estudios de laboratorio o imágenes, reingreso hospitalario, traslado a otro centro, transfusión, valoración por otras especialidades, UCI o una nueva intervención quirúrgica.

X. RIESGOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Hemorragia, hematoma cervical o shock hipovolémico, que puede requerir reintervención, transfusión, UCI o traqueotomía si compromete la vía aérea.
- Lesión de grandes vasos del cuello, embolia gaseosa, trombosis venosa, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, isquemia cerebral, déficit neurológico o muerte excepcional.
- Edema laríngeo o dificultad respiratoria que puede requerir intubación, traqueotomía o UCI.
- Lesión del nervio espinal accesorio, con dolor, caída del hombro, dificultad para elevar el brazo o limitación funcional que puede requerir rehabilitación.
- Lesión de nervios hipogloso, vago, frénico, facial marginal mandibular, simpático cervical o plexo cervicobraquial, con alteraciones de lengua, voz, deglución, hombro, diafragma, labio, sensibilidad, pupila o movimientos.
- Lesión del conducto torácico o linfáticos, con fístula quílosa o salida de líquido lechoso, que puede requerir dieta especial, drenaje prolongado, medicamentos, nutrición o reintervención.
- Infección, dehiscencia, necrosis cutánea, seroma, linfedema, cicatriz dolorosa o antiestética.
- Dolor crónico, adormecimiento, alteración de sensibilidad de cuello, oreja, mandíbula o piel vecina.
- Dificultad para tragar, cambios de voz, aspiración, tos o necesidad de rehabilitación.
- Necesidad de sacrificar músculo, vena yugular, nervio, piel u otras estructuras si están comprometidas por tumor.
- Recurrencia o progresión tumoral a pesar de la cirugía.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico u otros equipos de energía.
- Complicaciones generales de anestesia y cirugía, incluyendo eventos cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, tromboembólicos o muerte.

XI. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Entiendo que, a pesar de las medidas de higiene, esterilización, antisepsia y cuidado del equipo asistencial, el acto quirúrgico, la manipulación de tejidos y la estancia en un centro de salud pueden asociarse a infecciones hospitalarias o infecciones relacionadas con la atención en salud, que son poco frecuentes pero posibles y pueden requerir antibióticos, drenajes, curas, hospitalización o procedimientos adicionales.

XII. RIESGOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

El paciente declara haber informado al médico sobre sus antecedentes personales, enfermedades actuales o previas, alergias, medicamentos en uso, cirugías anteriores, antecedentes anestésicos, hábitos y cualquier otra condición relevante para la realización del procedimiento. Se le ha explicado que circunstancias como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, uso de marcapasos, asma/EPOC, apnea del sueño, enfermedad renal, enfermedad hepática, uso de

anticoagulantes, aspirina/AINEs o antiagregantes, trastornos de coagulación, epilepsia, tabaquismo, cirugías previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha de embarazo, alergias, tumor maligno de cabeza y cuello, radioterapia previa, cirugía cervical previa, metástasis ganglionar u otras condiciones particulares pueden aumentar los riesgos asociados al procedimiento, la anestesia, el sangrado, la infección, la cicatrización, la recuperación postoperatoria, las complicaciones cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, neurológicas o la aparición de complicaciones.

Asimismo, entiendo que, como en toda intervención quirúrgica y/o anestésica, existe un riesgo excepcional de complicaciones graves, potencialmente mortales, incluyendo fallecimiento. Este riesgo puede relacionarse con sangrado severo, complicaciones anestésicas, broncoaspiración, infección grave, obstrucción de la vía aérea, eventos cardiovasculares o respiratorios, y puede aumentar según las enfermedades previas, los antecedentes médicos, la edad, la condición clínica y el estado general del paciente.

El riesgo puede ser mayor en pacientes con comorbilidades relevantes, trastornos de coagulación, anticoagulación, infección activa, cirugía previa, radioterapia, alteraciones anatómicas, tabaquismo, diabetes descompensada, inmunosupresión o mala adherencia a las indicaciones médicas y controles postoperatorios.

Riesgos, observaciones o contraindicaciones específicas de este paciente: _____

XIII. AUTORIZACIÓN PARA EVENTUALIDADES INTRAOPERATORIAS

Autorizo al equipo médico a realizar las medidas adicionales estrictamente necesarias si durante la cirugía se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que la cirugía será realizada por el médico tratante y por miembros calificados del equipo quirúrgico, según la organización del centro, la complejidad del caso, la disponibilidad de especialistas y las condiciones clínicas del día de la intervención.

XV. MUESTRAS, PATOLOGÍA E IMÁGENES

Autorizo que las muestras obtenidas durante el procedimiento se envíen a estudio anatomopatológico, citológico, microbiológico, cultivo u otro estudio complementario. Autorizo la toma de imágenes clínicas, endoscópicas o quirúrgicas necesarias para la adecuada documentación de mi caso en el expediente clínico. Las imágenes serán tratadas como información clínica confidencial.

XVI. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea puede ser necesaria si se presenta sangrado importante durante o después del procedimiento, anemia significativa o una condición clínica que lo amerite. Se me ha explicado que rechazar una transfusión indicada puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, choque hemorrágico o muerte.

☐ Acepto transfusión si fuese médicamente necesaria / ☐ No acepto transfusión

Motivo del rechazo, si aplica: _____

Firma específica del paciente/representante en caso de rechazo de transfusión: _____

XVII. DECLARACIONES DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE

- Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes de la intervención, su evolución habitual, beneficios esperables, limitaciones, alternativas, riesgos frecuentes y riesgos graves, aunque sean excepcionales.
- Declaro que he podido formular todas las preguntas que he considerado necesarias y que las mismas han sido respondidas de forma clara, suficiente y comprensible.
- Declaro no haber ocultado información esencial sobre mi salud, antecedentes, alergias, medicamentos, hábitos o circunstancias personales que puedan ser relevantes para el equipo que me atiende.
- Declaro que entiendo, comprendo y acepto la información contenida en este consentimiento informado. Si estoy acompañado de familiares o representante, estos también manifiestan haber entendido y comprendido la información explicada.
- Entiendo que la medicina no puede garantizar resultados. El objetivo del procedimiento es el descrito, pero pueden persistir síntomas, requerirse tratamientos médicos prolongados, controles, curas, reintervenciones o tratamientos complementarios según evolución y hallazgos.
- Entiendo que este consentimiento no obliga al médico ni al centro de salud a realizar el procedimiento.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento antes del procedimiento, dejando constancia escrita de dicha decisión.
- Entiendo, comprendo, otorgo mi consentimiento y acepto que, para la realización del procedimiento indicado, puede existir un costo adicional al autorizado, aprobado o cubierto por mi ARS o seguro médico. Dicho costo podrá corresponder, entre otros conceptos, a honorarios médicos, asistentes quirúrgicos, instrumental específico, terminales, dispositivos, equipos, bandeja quirúrgica, materiales especializados o tecnología propia de otorrinolaringología que resulte necesaria o conveniente para la adecuada realización del procedimiento. Se me explicó, entiendo, comprendo y acepto realizar dicho pago.
- Tras recibir la información precedente, DOY MI CONSENTIMIENTO para ser sometido/a al procedimiento de vaciamiento ganglionar cervical descrito en este documento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

XVIII. REPRESENTANTE LEGAL, PADRE/MADRE/TUTOR O FAMILIAR RESPONSABLE

El padre, madre, tutor o familiar responsable presente declara que ha recibido, entendido, comprendido y aceptado la información en nombre del paciente, en los mismos términos en que lo haría el propio paciente si fuese competente para decidir.

Representante: _____ Cédula: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Iniciales paciente/representante: _____

Iniciales médico: _____

XIX. TESTIGO

Testigo 1

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Firma: _____

XX. RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

Luego de recibir información sobre mi diagnóstico, opciones, beneficios, riesgos y consecuencias de no realizar el procedimiento, NO AUTORIZO la realización del procedimiento de vaciamiento ganglionar cervical descrito en este documento. Entiendo que pueden persistir o empeorar los síntomas y complicaciones relacionados con mi condición, según mi caso clínico.

Consecuencias específicas del rechazo en este paciente: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

XXI. RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento de vaciamiento ganglionar cervical descrito en este documento. Declaro que he tenido oportunidad de realizar nuevas preguntas, que no tengo dudas pendientes, que he informado cualquier cambio relevante en mi estado de salud, medicamentos, alergias o condición clínica y que mantengo de manera libre, voluntaria e informada mi autorización para la realización del procedimiento, POR LO QUE ENTIENDO, COMPRENDO Y ACEPTO toda la información contenida en este consentimiento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante