

## Consentimiento informado cervicotomía exploradora



### INFORMACIÓN GENERAL

La cervicotomía exploradora se realiza para el estudio de una masa cervical de naturaleza desconocida a pesar de los exámenes realizados previamente (exámenes bioquímicos, radiológicos, endoscópicos, citológicos). Esta intervención permite efectuar una exploración quirúrgica y extirpar toda o parte de la tumoración para realizar un examen histológico preoperatorio y decidir el tratamiento posterior.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. 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 LA CERVICOTOMÍA EXPLORADORA

La cicatriz cervical se realiza alrededor de la masa siguiendo un pliegue cutáneo para disimularla. La intervención consiste en una exploración cervical para identificar el origen anatómico de la lesión y el tipo. La masa cervical se extirpará parcial o totalmente para permitir la realización de estudios complementarios. Según los resultados la intervención puede ser seguida de otra intervención quirúrgica. Es posible utilizar este abordaje para realizar un vaciamiento XXXX en el mismo tiempo quirúrgico y/o tiroidectomía.

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 DE LA CERVICOTOMÍA EXPLORADORA

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 que en casos raros precisará reintervención quirúrgica. Hematoma local. Dehiscencia de la sutura y/o sobreinfección operatoria. Salida de linfa que requiera reintervención o vendajes compresivos durante semanas.

#### -Riesgos secundarios:

Alrededor de la cicatrización se puede producir una fibrosis o entensamiento de la cicatriz con dolor y zona de anestesia local. Dolores cervicales o de espalda con la movilización del brazo.

#### -Complicaciones graves:

Hemorragia grave que requiera reintervención de urgencia. Afectación de nervios locales con dificultad en la alimentación o en la voz.

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.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### RIESGOS PERSONALIZADOS

---

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La única alternativa es la abstención terapéutica.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

#### CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña.....doy mi consentimiento para que me sea realizada una CERVICOTOMÍA EXPLORADORA.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr.....

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En....., a ..... de..... de.....

**TESTIGO**

D.N.I.:

Fdo.:

**PACIENTE**

D.N.I.:

Fdo.:

**MEDICO**

D.N.I.:

Nº Colegiado:

Fdo.:

**REPRESENTANTE LEGAL:**

D.N.I.:

Fdo.:

#### DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/Dña.....después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En....., a ..... de..... de.....

**TESTIGO**

D.N.I.:

Fdo.:

**PACIENTE**

D.N.I.:

Fdo.:

**MEDICO**

D.N.I.:

Nº Colegiado:

Fdo.:

**REPRESENTANTE LEGAL:**

D.N.I.:

Fdo.: