



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO LEPOAREN ALBOKO KISTE ETA FISTULAK ERAUZTEA EXÉRESIS DE QUISTES Y FISTULAS LATEROCERVICALES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Lepoaren alboko kiste eta fistulak enbriogarapenak sorrarazitako hondakinak izaten dira. Eboluzionatu ahala, infekzioak eragiten dituzte, behin eta berrero. Gainera, batzuetan, asko haz daitezkeenez, alboko egiturak estutu ditzakete. Gerta daitezke gaiztotzea (minbizi bihurtzea), baina nekez gertatzen da hori.

Hauexek dira interbentzio honen helburuak: behin betiko diagnostikoa ematea, eta prozesua desagerraraztea, konplikaziorik sor ez dadin (infekzioak, estutzea, estetika).

Ebakuntzari hasiera emateko, ebakia egiten da lepoaren azalean; gero, kistea, edo fistula aurkitzen da (lotura eduki dezake samaren hodi handiekin, eta nerbioekin), eta guztiz erauzten da.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Ez da ohikoa bizi-arriskurik agertzea, baina jarduera mediko guztietan bezala, arrisku hori egon badago, eta, batez ere, anestesia orokorra erabili behar dela kontuan hartuta. Kirurgia-barneko nahiz -ondorengo arrisku horiek berezkoak izaten dira edozein kirurgia nagusitan, eta oso lotuta daude pazientearen adinari eta egoera orokorrari.
- Kirurgia honen konplikazioak dira, besteak beste, zauria infektatzea, edo zabaltzea, eta odoljarria.
- Nekez gertatzen diren konplikazioak: linfa-likidoaren fistula; nerbioak kaltetzea (kontrolatzen dutenak aurpegiaren behealdearen higikortasuna, irensketa, ahoskuntza, sorbaldaren higikortasuna, mihia, diafragma); eta, belarriaren azpiko larruzalaren, eta matrail-hezuraren sentikortasuna kaltetzea. Konplikazio hauek guztiak arian-arian konpon daitezke, nerbioak oso-osorik kaltetzen dituztenak izan ezik (honelakoak ezinbestekoak direnean egin ohi dira).

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Los quistes y fístulas laterocervicales suelen ser residuos del desarrollo embriológico que en su evolución dan lugar a infecciones de repetición, también pueden crecer lo bastante como para comprimir estructuras vecinas. Su malignización (transformación cancerosa) es posible pero rara.

Objetivos: diagnóstico definitivo y eliminación del proceso, evitación de las complicaciones infecciosas, compresivas y estéticas derivadas del mismo.

La intervención se inicia mediante incisión de la piel del cuello, a continuación se debe buscar el quiste o fístula, que pueda estar en relación con los grandes vasos y nervios del cuello, y extirparlo en su totalidad.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Los vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general en todos los casos, pueden producirse. Estos riesgos vitales, tanto intra como postoperatorios son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad y el estado general del paciente.
- Las complicaciones de esta cirugía incluyen infección de la herida y apertura de ésta y el sangrado cervical.
- Son excepcionales: fístula de líquido linfático, afectación de los nervios que controlan la movilidad de la parte inferior de la cara, la deglución, la fonación, la movilidad del hombro, lengua, diafragma, así como alteración de la sensibilidad en la piel de debajo de la oreja y de la mandíbula. Todas estas complicaciones podrán ser sucesivamente solucionadas, excepto las relacionadas con afectaciones nerviosas en los casos en que éstas sean completas, habitualmente en relación con actuaciones imprescindibles de realizar.



- **Beste konplikazio batzuk orbaintze-alterazioak izan daitezke (ondorio estetikoak gerta daitezke, edo samaren asimetria).**
- **Horrelako konplikazioen ondorioz, baliteke pazienteari odol-transfusioak egin behar izatea, edo kirurgia-prozedura osagarriren bat (trakeotomia, adibidez).**
- **Arriskurik ohikoena, oso gutxitan sortzen bada ere, kistea edo fistula berriz agertzea izaten da.**
- Otras complicaciones incluyen alteraciones en la cicatrización con afectación estética o asimetría del cuello.
- Como consecuencia de alguna de estas complicaciones puede ser necesario someter al paciente a transfusiones sanguíneas o a procedimientos quirúrgicos suplementarios como la traqueotomía.
- El riesgo más frecuente, aunque raro, es la recidiva (reaparición) del quiste o fístula.

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~ ~>

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

Kirurgiaren ordezkua abstentzio terapeutikoa da, eta tratamendu antibiotikoa gain-infekzio kasuetan.

E. ALTERNATIVAS:

Las alternativas a la cirugía son la abstención terapéutica y el tratamiento antibiótico de los episodios de sobreinfección.



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzako langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha