

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LINFADENECTOMÍA AXILAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante esta técnica, se realiza una incisión en la axila del lado de la mama que presenta el tumor, a través de la cual, se localizan y extirpan la mayoría o todos los ganglios linfáticos de la zona. Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia y/o sedación más adecuado en su caso.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la técnica es extirpar los ganglios linfáticos de la axila para un estudio anatomopatológico completo de los mismos, para conocer la extensión de la enfermedad, y así completar posibles tratamientos.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Cicatrices y cierta deformidad sobre el área intervenida. La linfadenectomía axilar motiva cierta insuficiencia de la circulación linfática del tórax y el brazo del lado afecto con susceptibilidad para el edema (linfedema) y alteraciones de la sensibilidad local.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Linfedema: consiste en la inflamación del brazo del lado intervenido; si es de carácter tardío suele ser crónico y precisar rehabilitación específica.
- Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- Dolor prolongado en la zona de la operación y/o alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Seroma (acúmulo de líquido en la herida): La linfadenectomía axilar motiva cierta insuficiencia de la circulación linfática del tórax y el brazo del lado afecto con susceptibilidad para el edema y alteraciones de la sensibilidad local, que pueden ser transitorias o permanentes.
- Daños temporales o permanentes a estructuras profundas como nervios, vasos sanguíneos o músculos durante el procedimiento.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Necrosis (muerte) de la piel o pérdida de sensibilidad.
- Cicatrización anómala.
- Alteraciones estéticas o del esquema corporal

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Tromboflebitis / Trombosis venosa profunda / Embolismo pulmonar: consiste en la aparición de trombos generalmente en venas alejadas de la intervención y que, al aumentar o migrar pueden causar complicaciones circulatorias severas.
- Inflamación grave de los ganglios linfáticos del brazo.

- Recidiva (reaparición) de la enfermedad.
- Dificultad para mover el hombro y el brazo por lesión de los nervios de la zona que puede ser transitoria o de forma excepcional permanente.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso, tras comentarlo en Comité de Mama, se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.

AUTORIZACIÓN PARA "LINFADENECTOMÍA AXILAR"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Obstetricia
y Ginecología*

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: