

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LINFADENECTOMÍA AXILAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en extirpar los ganglios de la axila de la mama afectada, ya que se ha confirmado que están involucrados por la enfermedad.

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.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos intraoperatorios, y siempre con la intención de proporcionar el tratamiento más adecuado.

Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.

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

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatrices y cierta deformidad sobre el área intervenida.
- Al realizar una extirpación de los ganglios de la axila (linfadenectomía axilar), se produce cierta dificultad en la circulación linfática del tórax y del brazo del lado afecto, con posibilidad de aumento del tamaño del brazo (linfedema) y alteraciones en 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:

- Infección con diferente gravedad.
- Edema (inflamación) transitorio del brazo.
- Hematoma.
- Dificultad transitoria para mover el brazo.
- Seroma (acúmulo de líquido en la herida). Obliga a alargar el tiempo en el que se es portadora de un dispositivo de drenaje o a las punciones-evacuadoras repetidas del mismo.
- Daños temporales o permanentes a estructuras profundas como nervios, vasos sanguíneos o músculos durante el procedimiento.
- Dificultad para mover el hombro y el brazo que puede ser transitoria o de forma excepcional permanente.
- Necrosis (muerte) de la piel o pérdida de sensibilidad.

Riesgos menos frecuentes y/o graves:

- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) o disestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).
- Fístulas permanentes o temporales.

- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Inflamación grave de los ganglios linfáticos del brazo.
- Recidiva (reaparición) de la enfermedad.
- 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 haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

Ante la aparición de complicaciones tras la cirugía, hay que tener en cuenta que se puede producir un retraso en el inicio del tratamiento oncológico postoperatorio, en caso de que sea necesario.

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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia

AUTORIZACIÓN PARA "LINFADENECTOMÍA AXILAR"

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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.

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



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

LOGOTIPO ÁREA DE SALUD
**Servicio de Cirugía General
y Digestivo**

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: