

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LINFADENECTOMÍA AXILAR**

### **ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

\***¿DESEO SER INFORMADO** sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

#### **IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La intervención consiste en la extirpación total de los ganglios linfáticos axilares tras el resultado obtenido del ganglio centinela.

#### **OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

La linfadenectomía axilar se realiza para el control y/o curación del cáncer de mama (junto a la mastectomía como tratamiento único o para ser complementado por quimioterapia y/o radioterapia y/o hormonoterapia fundamentalmente).

#### **ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

Abstención terapéutica con seguimiento estrecho complementado con quimioterapia y/ o radioterapia, aunque en el momento actual el tratamiento quirúrgico es el único de contrastada eficacia para el control locorregional de la enfermedad.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Este diagnóstico diferido puede conllevar tratamientos complementarios con quimioterapia y/o radioterapia y/o hormonoterapia.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Infratratamiento. Progresión y peor pronóstico del cáncer de mama.

#### **RIESGOS FRECUENTES**

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

*Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica pueden ser:*

1. Infecciones postoperatorias (que a veces requieren drenaje y tratamiento antibiótico).
2. Hemorragias intraoperatorias (sobre todo si se realiza limpieza axilar, pudiendo ser necesario la realización de transfusión "intra o postoperatoria"). En casos muy raros pueden producirse lesiones vasculares y/o neurológicas.
3. Hematomas postoperatorios (consiste en la acumulación de sangre en el lecho quirúrgico, que, a veces,

#### **C. INFORMADO DE LINFADENECTOMÍA AXILAR**

requiere un drenaje quirúrgico).

4. Seromas postoperatorios (acumulación de líquido seroso generalmente en polo inferior de axila, que en algún caso requiere punción-aspiración para vaciado).

5. Edema de brazo (es la complicación más frecuente). Consiste en la formación de un linfedema en la extremidad superior, debido, sobre todo, a la interrupción de drenaje linfático, por la exéresis de los vasos y ganglios linfáticos axilares.

6. Contracturas cicatriciales.

7. Limitación de la movilidad del hombro.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones .....

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<p><b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento</p>			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<p><b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento</p>			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<p><b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.</p>			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>