



Consentimiento
Informado para Disección
de Ganglio Centinela y/o
Disección o Vaciamiento
Ganglionar Axilar

Versión 3.0

Consentimiento Informado para Disección de Ganglio Centinela y/o Disección o Vaciamiento Ganglionar Axilar

Consentimiento Informado para Disección de Ganglio Centinela y/o Disección o Vaciamiento Ganglionar Axilar

Mi hipótesis diagnóstica es:

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **DISECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA y/o DISECCIÓN O VACIAMIENTO GANGLIONAR AXILAR.**

EL GANGLIO CENTINELA corresponde al primer ganglio o linfonodo axilar al que llega el drenaje linfático de la mama y por tanto es habitualmente el primero en comprometerse por las células tumorales malignas provenientes de un cáncer de la mama.

La **DISECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA** consiste en la extirpación de este linfonodo identificándolo a través de uno o de ambos métodos descritos a continuación:

- **Marcación con azul patente:** que consiste en la inyección en las zonas subareolar y en la zona de proyección del tumor mamario, de una tinta de azul de isosulfan, inerte e inocua habitualmente, durante la inducción anestésica y previa premedicación de la paciente con Cidotén y Clorprimetón (para evitar alergias que puedan derivarse de dicha inyección). Luego de la inyección y mientras se prepara el campo operatorio, esta tinta vital difunde hacia los ganglios de la axila por los conductos linfáticos y va a teñir el o los **GANGLIOS CENTINELAS**.
- **Marcación con linfocintigrafía:** consiste en la inyección de un compuesto radio marcado en un Servicio de Medicina Nuclear, el día anterior u horas previo a la cirugía y realización de una linfocintigrafía a fin de evidenciar el sitio de ubicación del o los ganglios centinelas, marcando en piel con tinta esta localización. Posteriormente, durante la cirugía, mediante una pequeña incisión a nivel axilar, se busca el o los ganglios centinelas, mediante un gamma- probe, que mide la radioactividad emitida por estos al estar marcados con el radiofármaco.

El o los **ganglios centinelas** identificados y extirpados, se envían a **BIOPSIA INTRAOPERATORIA o RÁPIDA**, existiendo 2 posibilidades de manejo:

1. Si el ganglio centinela resulta **negativo para tumor** (es decir, no se encuentran células tumorales en él), la cirugía concluye y la incisión se cierra.
2. Si el ganglio centinela resulta **positivo** (es decir, contiene células tumorales), la incisión axilar deberá ampliarse y la cirugía completarse con una **disección axilar reglada**.

La **DISECCIÓN o VACIAMIENTO AXILAR**, consiste en la extirpación de la mayoría de los linfonodos junto a la grasa axilar que se ubica entre reparos anatómicos definidos, cirugía que requiere la instalación de un drenaje en la zona, para vaciar el líquido sero-hemático que drenará durante varios días, y por tanto, la hospitalización será más prolongada, el dolor secundario puede ser mayor e incluir picazón dolorosa propias del corte que sufren nervios intercostobraquiales que cruzan la región y dicho drenaje, sólo podrá retirarse varios días después de la cirugía, durante los controles postoperatorios ambulatorios, una vez que el líquido drenado en cada día sea lo suficientemente menor como para que no se produzca su acumulación posterior en la zona.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

Comprendo que 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 otros específicos como; sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación; presencia de seromas (que es la acumulación de líquidos en la zona operatoria y que puede producirse aun después de retirado el drenaje en algunos casos).

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir punciones sucesivas en la consulta o incluso una reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.



Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico de:
DISECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA y/o DISECCIÓN O VACIAMIENTO GANGLIONAR AXILAR.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....