

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

\_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA: LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL O LUMBOAORTICA

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

## **LO QUE USTED DEBE SABER**

### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en RESECAR O EXTRAER, ganglios o tejido linfático afectados de la zona retroperitoneal (linfadenectomía retroperitoneal) o la masa tumoral residual que quede tras el tratamiento con quimioterapia. Sirve para el diagnóstico o para el tratamiento curativo de la enfermedad tumoral o para complementar otros tratamientos como la quimioterapia.

### CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere la administración de anestesia general.

Se realiza a través de una incisión en el abdomen o bien desde el tórax al abdomen, para llegar a los ganglios afectados o masa tumoral. En ocasiones puede realizarse por vía laparoscópica, a través de pequeños orificios en el abdomen por los que pasan unos tubos (trócares) con una pequeña cámara para ver las masas, y el instrumental quirúrgico.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La recuperación después de esta intervención suele ser prolongada. Es habitual la utilización de analgésicos y antibióticos para control del dolor y de las infecciones.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejoría o desaparición de los síntomas derivados de la presencia de masas retroperitoneales o pélvicas.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

### **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Hemorragia importante durante el acto quirúrgico y el postoperatorio que puede necesitar una reintervención, que precisará la utilización de sangre y hemoderivados.
- Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, intolerancia a los materiales de sutura, que pueden precisar reintervención para su extracción. Aumento (hiperestesia) o disminución (hipoestesia) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias). Cicatrices anormales y/o defectos estéticos derivados.
- Pérdida de líquido linfático (linforrea) de duración imprevisible
- Edemas en una o ambas piernas y en escroto. Pueden requerir tratamiento quirúrgico para su solución o mejoría.

#### LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar. Puede ocurrir incluso aunque se tomen medidas preventivas.
- Infección generalizada (sepsis)
- Lesión de grandes vasos (aorta y/o cava)
- Sangrado incoercible intraoperatoria y muerte
- Secundarios a la técnica de laparoscopia:
- Enfisema subcutáneo, por paso al tejido celular subcutáneo del gas utilizado (CO<sub>2</sub>).
- Problemas abdominales por el uso de los trócares (lesión de un intestino, obstrucción intestinal, parálisis intestinal, peritonitis) Puede ser necesario realizar una intervención de cirugía abierta.
- Reacciones alérgicas o efectos secundarios a los medicamentos que es preciso administrarle.
- Puede ser que no se consiga la extirpación total de las masas.
- Y en ocasiones, pueden persistir todos o algunos de los síntomas previos.
- Puede ser necesario realizar una intervención de cirugía abierta, aunque inicialmente se haya intentado la vía laparoscópica, porque surjan problemas de sangrado, imposibilidad técnica u otras complicaciones durante la intervención.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcial.
- En ocasiones, por compromiso tumoral, se deben reseca otros órganos, como riñón, bazo o segmentos de intestino

#### OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Podría ser necesario tomar muestra para biopsia u otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====  
No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico