

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA Y/O
DISECCIÓN O VACIAMIENTO GANGLIONAR AXILAR**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

| | |
|---------------------|--|
| Nombre del Paciente | |
| R.U.T del Paciente | |

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Cirugía de Disección de Ganglio Centinela y/o Disección o Vaciamiento Ganglionar Axilar, mediante este procedimiento se pretende la extirpación de un linfonodo, **Ganglio Centinela** que 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.

Este linfonodo se puede identificar a través de uno o de ambos métodos descritos a continuación:

– Marcación con azul patente:

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 pre medicación de la paciente con Cidotén y Clorprimeton (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 **Diseción o Vaciamiento Axilar**, consiste en la extirpación de la mayoría de los linfonodo 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 tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como **otros específicos del procedimiento**:

- 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).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (marque con una X):

Lado derecho

Lado izquierdo

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Disección De Ganglio Centinela y/o Disección o Vaciamiento Ganglionar Axilar,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE DISECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA Y/O DISECCIÓN O VACIAMIENTO GANGLIONAR AXILAR, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

| | | |
|---|------------------------------|--------------|
| Firma del Consentimiento: | FECHA: ____/____/____ | HORA: |
| Procedimiento o Intervención Quirúrgica | | |
| Diagnóstico | | |
| Nombre, R.U.T. y Firma Médico | | |

Completar por el Paciente o Representante Legal

| | |
|--|--|
| Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde | |
|--|--|

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)