

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### **IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO**

La operación consiste la extirpación de uno o más ganglios centinelas tras la localización del mismo mediante una sonda gamma detectora.

El ganglio centinela es el primer ganglio linfático que entra en contacto con las células cancerosas cuando estas se diseminan desde el tumor primario. La localización mas habitual es la grasa de la axila. Mediante este procedimiento se pretende identificar la(s) zona(s) de drenaje del tumor mamario, localizar el (los) ganglio(s) centinelas y extirparlos de forma independiente para poder hacer un estudio selectivo de los mismos. De este análisis dependerá el tratamiento posterior. Si es factible se realizará un análisis intraoperatorio del ganglio y en caso de ser positivo se procederá a realizar la linfadenectomía. Si es negativo este primer estudio se esperará a la realización del protocolo completo de ganglio centinela por parte del Servicio de Anatomía Patológica con el fin de saber si la linfadenectomía es necesaria.

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.

### **OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

Mediante este procedimiento y como parte integral del tratamiento de mi cáncer de mama se pretende realizar una correcta estadificación de mi cáncer de mama mediante la realización de una biopsia del ganglio centinela.

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

El médico me ha explicado que pueden existir tratamientos alternativos como la linfadenectomía axilar sin realización de la biopsia de ganglio centinela.

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

Esta intervención conlleva una cicatriz en la zona de la piel por encima de la localización del ganglio centinela.

### **RIESGOS FRECUENTES**

He sido informado de las posibles complicaciones que pueden suceder y en especial de las siguientes:

1. Infección de la herida quirúrgica.
2. Seroma.
3. Edema transitorio.
4. Cicatriz hipertrófica.

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

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA

RIESGOS EN FUNCION DE LA  
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO