

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es un procedimiento para eliminar los ganglios o tejido linfático afectados en la zona retroperitoneal (linfadenectomía retroperitoneal) o la masa tumoral residual post- quimioterapia. Tiene utilidad diagnóstica y de tratamiento curativo de la enfermedad tumoral o para complementar otros tratamientos como la quimioterapia.

2. ¿Cómo se realiza?: Requiere anestesia general y una profilaxis antibiótica. Se realiza a través de una incisión abdominal o toracoabdominal, y precisa la movilización de diferentes órganos (intestino, estómago, hígado y páncreas, riñones, uréteres) para poder llegar a los ganglios afectados o a la masa tumoral. En ocasiones puede realizarse por vía laparoscópica. El postoperatorio normal puede ser prolongado y requerir ingreso en reanimación.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?: A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:

- **Frecuentes (más del 10%):** 1. Íleo paralítico. 2. Infección urinaria. 3. Disfunción eréctil y eyaculatoria. 4. Aumento (hiperestesia) o disminución (hipoestesia) de la sensibilidad de la zona, o dolor (neuralgias)
- **Infrecuentes (menos de 10%):** 1. Hemorragia intra o postoperatoria grave. 2. Tromboembolismo venoso o pulmonar. 3. Oclusión intestinal. 4. Infección o Dehiscencia de herida. 5. Eventración (hernia). 6. Evisceración. 7. Fistula urinarias o intestinales. 8. Pérdida de líquido linfático (linforrea) de duración imprevisible. 9. Edemas en una o ambas piernas y en escroto. 10. Infección generalizada (sepsis). 11. No conseguir la extirpación de la masa retroperitoneal o conseguirlo solamente de forma parcial. 12. Pérdida de un riñón de forma parcial o total o de un segmento intestinal, del bazo o parte del hígado o páncreas; 13. Lesiones de la aorta, de la cava, o de vasos iliacos de gravedad variable.

Las complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento conservador, pero algunas requieren una intervención compleja, generalmente de urgencia

4. Consecuencias previsibles de su realización: Mejoría o desaparición de los síntomas derivados de la presencia de masas retroperitoneales o pélvicas. Disminución de las posibilidades de diseminación del tumor (menos posibilidades de que el tumor se extienda a otras partes).

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Progresión de la enfermedad con imposibilidad posterior de tratamiento curativo.

6. Alternativas: Radioterapia. Quimioterapia.

7. Riesgos en función de su situación: La toma de anticoagulantes o antiagregantes) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Operaciones previas sobre el abdomen, quimio o radioterapia previas a la cirugía, pueden incrementar el riesgo de complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____