

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en eliminar 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.

Disminución de las posibilidades de diseminación del tumor (menos posibilidades de que el tumor se extienda a otras partes).

OTRAS ALTERNATIVAS

Otra alternativa es la radioterapia y/o la quimioterapia, pero en su caso la mejor opción es la cirugía.

En su caso: _____.

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.

➤ **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)
- Secundarios a la técnica de laparoscopia:
 - Enfisema subcutáneo, por paso al tejido celular subcutáneo del gas utilizado (CO2).
 - 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.

➤ LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: _____

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

Durante el acto quirúrgico, a la vista de los hallazgos, el cirujano puede tomar la decisión de no realizarla, porque la enfermedad esté más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL.**

En _____, a _____ de _____ de _____

Consentimiento

Informado *Linfadenectomía retroperitoneal*

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.