

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL

Nº Historia: .....

D.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del tejido linfático o de la masa residual tras quimioterapia, así como la desaparición de los síntomas derivados de la presencia de masas retroperitoneales. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
- 2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.
- 3.- Mediante esta técnica se procede a la extirpación del tejido linfático que rodea a los grandes vasos retroperitoneales. La indicación es por tumor maligno testicular y la intervención se realiza con intención curativa, de diagnóstico o complementando a otros tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia. Habitualmente se practica a través de una incisión abdominal o toracoabdominal con anestesia general.

El médico me ha explicado que durante el acto quirúrgico, a la vista de los hallazgos, el cirujano puede tomar la decisión de no realizarla, porque la enfermedad está más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas.

El postoperatorio normal puede ser prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico considere oportuno.

- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como no conseguir la extirpación de la masa retroperitoneal o conseguirlo solamente de forma parcial, persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente, hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser muy diversas como consecuencia directa o por efectos secundarios de los tratamientos empleados, complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de reintervención, peritonitis –infección de la cavidad intestinal– con resultados imprevisibles, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica), problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura–, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestesias –aumento de la sensibilidad– o hipoestesias –disminución de la sensibilidad–), hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad y de los efectos de los tratamientos administrados, pérdida de la eyaculación, linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible, pérdida de un riñón de forma parcial o total o de un segmento intestinal, del bazo o parte del páncreas, lesiones de la aorta o la cava, o vasos ilíacos de gravedad variable, pues puede afectar a órganos abdominales y/o a la pierna; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.



El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado 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.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....

- 6.- El médico me ha explicado que aunque puede utilizarse la quimioterapia, en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice una LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL.

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico      Fdo: El Paciente      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº.....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)      (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico      Fdo: El Paciente      Fdo: El representante legal, familiar o allegado