

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía Conservadora de la Mama y Linfadenectomía Axilar

FL-CDM-43

Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

Algunos cánceres de mama pueden tratarse de modo correcto sin necesidad de amputar el seno (mastectomía), y sin que ello modifique el pronóstico del tumor. La conservación de la mama, en general, exige una operación y posteriormente la radiación sobre la mama conservada.

### EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA CONSERVADORA DE LA MAMA Y LINFADENECTOMIA AXILAR

La intervención consiste en la extirpación del tumor de la mama junto con un margen de tejido sano alrededor del mismo, así como de los ganglios linfáticos que se encuentran en la axila (linfadenectomía). La operación requiere la confirmación histológica del tumor, antes o durante la propia intervención (biopsia intraoperatoria). En aquellos casos en que los especialistas de Anatomía Patológica encargado de analizar microscópicamente el tumor, encontraran existencia de dicho tumor en los bordes de la pieza extraída puede requerirse una ampliación de la zona extirpada, o bien de practicar una cirugía más radical como es la extirpación de la mama (mastectomía). También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### RIESGOS DE LA CIRUGIA CONSERVADORA DE LA MAMA Y LINFADENECTOMIA AXILAR

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

#### Asociados a la cirugía sobre la mama:

- Hemorragia, hematoma, serosa y/o absceso.
- Dehiscencia, alteraciones en la estética de la cicatriz (retracciones, hipertrofias, queloides).
- Retracción, disminución del volumen de la mama.

#### Asociados a la linfadenectomía:

- Hemorragia; lesión de los nervios de la axila
- Hematoma, serosa y/o absceso de la herida.
- Dehiscencia, retracción, hipertrofia, queleide de la cicatriz.
- Parestesias, edema del brazo, limitación de la movilidad y disminución de la fuerza del brazo.

Riesgos de todo procedimiento anestésico; tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

En general estas complicaciones no son frecuentes (salvo el seroma) y su repercusión clínica es escasa. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y Kinesioterapia, pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.


### RIESGOS PERSONALIZADOS

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Consideramos necesario que se realice una intervención quirúrgica y que la más adecuada en su caso es la propuesta frente a otras alternativas existentes.

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

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p><b>Cirugía Conservadora de la Mama y Linfadenectomía Axilar</b></p>	<p>FL-CDM-43</p>
		<p>Rev. 03</p>

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

**DECLARO :**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **CIRUGIA CONSERVADORA DE LA MAMA Y LINFADENECTOMIA AXILAR**  
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGIA CONSERVADORA DE LA MAMA Y LINFADENECTOMIA AXILAR**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal )

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar ) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **CIRUGIA CONSERVADORA DE LA MAMA Y LINFADENECTOMIA AXILAR**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

**REVOCAION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar ) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_