

Documento de Consentimiento Informado**“EXENTERACIÓN PÉLVICA”**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

La **exenteración pélvica** consiste en la extirpación de dos o más vísceras pélvicas afectas de tumor (útero/vagina junto vejiga y/o recto intestinal) con márgenes macroscópicos libres de lesión tumoral. En ocasiones se realizará con objetivo paliativo (dolor intratable, fístulas...).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La resección de las vísceras pélvicas podrá ser por encima del músculo elevador, por debajo del mismo, y extendida a la vulva y/o a la pared pélvica. Según el compartimento interesado esta intervención precisa de procedimientos complejos en la vía urinaria, digestiva y genital. Habitualmente este tipo de procedimiento tiene en muchas ocasiones la necesidad de colaboración con un equipo multidisciplinar: urólogos, cirujanos plásticos, cirujanos digestivos.

En mi caso el tipo de exenteración que se propone es:.....

.....

La intervención puede acompañarse de estomas definitivos abdominales (derivación urinaria, derivación digestiva), técnicas complejas de cierre de pared abdominal o linfadenectomía pélvica, aórtica e inguinal (consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos, situados en la pelvis, en la aorta y en la cava por debajo de los vasos renales y en ambos pliegues inguinales).

Esta intervención puede acompañarse o no de **técnicas de cirugía reconstructiva** que buscan la continuidad de la vía urinaria (neovejiga, derivaciones urinarias) de la vía digestiva (anastomosis intestinal) y reparación del defecto pélvico y del tejido vulvar, con colgajos de sustitución.

Esta intervención precisa anestesia. El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podría modificar la técnica quirúrgica programada.

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Varían en función la víscera afecta. Fundamentalmente se presentarán cambios que puedan condicionar una importante alteración en la percepción corporal (debido a estomas abdominales y la exéresis del aparato genital) así como en la función de la vísceras pélvicas (función urinaria, función defecatoria).

RIESGOS GENERALES

A pesar de la adecuada indicación y elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como a otros específicos del procedimiento. Las complicaciones puede aparecer en el mismo acto quirúrgico, en el periodo inmediato o a medio o largo plazo.

Frecuentes

Seroma o dehiscencia de la herida quirúrgica, infección de la herida quirúrgica, infección vía urinaria. Problemas de vaciamiento vesical y/o rectal, linfedema o linfoquistes, parestesias del nervio femoral en caso de cirugía sobre la zona ganglionar. Deformidades plásticas y cicatrices que empeoren estéticamente la zona operada.

Infrecuentes

Hemorragia que precise reintervención y/o transfusión sanguínea (intra o postoperatoria). Sepsis postquirúrgica. Lesiones vasculares, nerviosas, vesicales ureterales o rectales; fístulas vesicales y/o rectales; trastornos en la micción y/o evacuación digestiva, problemas derivados de los estomas (retracciones, infecciones, fístulas periestomales, pro termas de estanqueidad...).

RIESGOS PERSONALIZADOS (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....
.....

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica, como por la situación vital de cada paciente (obesidad, edad avanzada, hipertensión, diabetes, anemia, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

También autorizo a que se hagan fotos o videos para documentar el caso o con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre que sea preservada mi identidad de forma confidencial.

ALTERNATIVAS

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como tratamiento radioterápico con sus complicaciones.

Apellidos y nombre de la **paciente**

.....

DNI de la **paciente**

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente*

.....

DNI del **representante legal** de la paciente*

AUTORIZACIÓN

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.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

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 **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa

Nombre del **médico** que informa

Nº de colegiado

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (*)

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar

REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)

Firma y DNI de la **paciente o su representante***

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento