

**Documento de Consentimiento Informado****“CIRUGÍA DE ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO”**

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**

Estadificación histológica del cáncer de ovario diagnosticado previamente tras cirugía de masa anexial neoplásica o tras la confirmación neoplásica del estudio histológico intraoperatorio de la masa anexial sospechosa de malignidad.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- **Tipo de procedimiento:**

1. Cirugía estadificación del cáncer epitelial de ovario invasor.

Histerectomía total + anexectomía bilateral + citología de lavados peritoneales/ascitis + linfadenectomía pélvica y paraórtica + omentectomía + biopsias peritoneales aleatorias de la cavidad abdominal y/o apendicectomía (en tumores mucinosos o en los casos que se crea oportuno su extirpación).

2. Cirugía estadificación del cáncer epitelial de ovario invasor con preservación de la fertilidad.

Anexectomía uni-bilateral\* + citología de lavados peritoneales/ascitis + linfadenectomía pélvica y paraórtica + omentectomía + biopsias peritoneales aleatorias de la cavidad abdominal y/o apendicectomía (en tumores mucinosos o en los casos que se crea oportuno su extirpación )

\* En pacientes con deseos genésicos se puede realizar **cirugía conservadora de la fertilidad** previa información a la paciente del riesgo de recidiva tumoral (local y a distancia) al no extraer útero y/o anejo contralateral.

- **Vía de abordaje quirúrgico:**

1. Laparoscopia convencional.
2. Laparoscopia robótica.
3. Laparotomía media xifopúbica.

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

**En mi caso el tipo de cirugía que se efectuará será:**.....

.....

**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA**

La anexectomía bilateral supone la menopausia quirúrgica (déficit permanente de las hormonas sexuales ováricas) y la histerectomía supone la no posibilidad de tener hijos así como la ausencia de menstruaciones.

**RIESGOS GENERALES****Frecuentes**

Infecciones (pared abdominal, urinaria, pélvica...). Lesión de órganos vecinos (intestino, vejiga, uréter, vasos vasculares). Hemorragias y hematomas con la posible necesidad de transfusiones (intra/postoperatoria).

Derivadas de la técnica quirúrgica y el uso de gas en la cavidad abdominal pueden producirse: molestias en hombro con dolor a la movilización y respiración por irritación nerviosa (nervio frénico), enfisema subcutáneo (paso del gas al tejido celular subcutáneo).

**Poco frecuentes**

Trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), tromboflebitis de vía periférica. Fístula vesicovaginal, enterocutánea. Reintervención quirúrgica por evisceración o hemoperitoneo. Lesión neurológica. Dehiscencia de suturas mecánicas intestinales con riesgo de sepsis fecaloidea. Neumonía, derrame pleural, empiema.

A largo plazo pueden existir prolapsos de la cúpula vaginal, hernias post-laparotómicas, linfocelos, linfoquistes, linfedema de extremidades inferiores, linforrea, ascitis quilosa. Trastornos de la micción y cambios en el hábito intestinal. Cambios en la esfera sexual.

Reconversión de la vía de abordaje laparoscópico ante cualquier imprevisto en esta vía, reconvirtiéndola a vía laparotómica.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias no exentas de un porcentaje mínimo de mortalidad, pero que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

**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.

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

.....  
 .....

Urológicos, vasculares, digestivos, sangrado, hemoperitoneo, infecciones, transfusión, descompensación de las patologías de base de la paciente, fallo multiorgánico.

**ALTERNATIVAS**

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como tratamiento quimioterápico, radioterápico, hormonoterápico con sus respectivas 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