

Documento de Consentimiento Informado**“HISTERECTOMÍA RADICAL”**

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

El objetivo de la cirugía propuesta es extirparle el tumor cervical que padece con márgenes de seguridad, es decir libres de enfermedad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La histerectomía radical consiste en la extirpación del útero, la porción superior de la vagina y los parametrios, que son tejidos que la sustentan a la pelvis y que impiden su prolapso o salida a través de la vagina. La histerectomía radical lleva asociada una linfadenectomía pélvica, que consiste en la extirpar todos los ganglios linfáticos alrededor de los vasos sanguíneos principales de la pelvis, con la finalidad de eliminar tanto el cáncer original como las áreas a las que este pudiera haber diseminado. En ocasiones, en función de la edad y de las características, se realiza además una extirpación de trompas, ovarios y ganglios linfáticos aórticos.

La operación puede realizarse mediante laparoscopia (a través de pequeñas incisiones en la pared abdominal) o laparotomía (un corte en la pared abdominal).

El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted. Antes de iniciar la operación propiamente dicha, se explora el abdomen y en caso necesario se toman muestras de tejido para el estudio intraoperatorio de las mismas. La finalidad es descartar la posible extensión del tumor. Esta situación puede conllevar la mayoría de las veces suspender la cirugía. Seguidamente se lleva a cabo la cirugía propiamente dicha, comenzando por la extirpación de los ganglios pélvicos* que también se podrán analizar de manera intraoperatoria y; en caso de que alguno esté afectado por el tumor no se llevará a cabo la histerectomía radical ofertando un tratamiento quimioterápico**. Si no existe tumor en los ganglios se continúa con ella.

** En caso de biopsia selectiva de Ganglio centinela se hará firmar consentimiento específico.*

*** Se hace en su lugar una estadificación ganglionar paraaórtica-extirpación de los ganglios de la Arteria Aorta y Vena Cava, hasta la altura de vena renal izquierda, con la finalidad de ajustar el posterior tratamiento.*

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Esta cirugía consiste en la extirpación de la útero lo que conlleva la pérdida de capacidad de gestar un embarazo. En caso de extirpación de los ovarios, usted quedará menopáusica.

RIESGOS GENERALES

- Anemia que en función de la intensidad será tratada de la manera más conservadora posible. En casos de hemorragia importante podría ser requerida una transfusión de sangre.
- Infección en la herida(s), que puede precisar de tratamiento antibiótico posterior.
- Infección del tracto urinario (cistitis), que requiere antibióticos.

- Coágulo en las venas (trombosis) que se previene con medicación protectora (heparina).
- Neumonía-infección pulmonar, que puede necesitar fisioterapia y antibióticos.
- Adherencias intestinales que dar dolor e hinchazón abdominal. Rara vez se necesitará una operación para tratar estas adherencias.

RIESGOS POSIBLES ESPECÍFICOS

- En ocasiones pueden aparecer cambios en la función de la vejiga urinaria y/o intestinal, que pueden dar lugar a problemas para vaciar la orina o evacuar las heces.
- También es posible que pierda un poco de orina con la tos o el estornudo. Estas funciones mejoran generalmente después de un año, pero en algunos casos son definitivos.
- Puede afectarse la calidad de las relaciones sexuales.
- Puede desarrollarse una comunicación (fístula) entre la vejiga y la vagina, o entre los uréteres (conductos de los riñones a la vejiga) y la vagina. Esto puede requerir reparación quirúrgica.
- El uréter también puede desarrollar un estrechamiento (estenosis) o ser lesionado durante la cirugía, que puede requerir otra operación.
- Debido a la extirpación de los ganglios linfáticos se puede acumular líquido en la pelvis o alrededor de la arteria aorta, que pueden provocar incomodidad abdominal. Si no se reabsorben puede ser necesario vaciarlos.
- Rara vez puede notar leve hormigueo, debilidad o entumecimiento en la pelvis inferior o piernas, que puede ser transitorio o definitivo.

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):

.....
.....

ALTERNATIVAS

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como tratamiento quirúrgico conservador uterino, 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