

**Documento de Consentimiento Informado****“LINFADENECTOMÍA PARAÓRTICA”**

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 principal vía de diseminación de los tumores ginecológicos es a través de los ganglios linfáticos.

La Linfadenectomía Paraórtica forma parte de la estadificación quirúrgica de los tumores ginecológicos como Cáncer de Ovario, Cérvix localmente avanzado y Endometrio de alto grado. La intervención se realiza con intención curativa, con fines diagnósticos, para planificar los tratamientos adyuvantes a la cirugía o complementando a otros tratamientos.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La Linfadenectomía Paraórtica pretende la extirpación del tejido linfático que rodea a los grandes vasos (a nivel paraórtico) bajo anestesia general.

- **Vías de abordaje quirúrgico:** dependiendo del tipo de tumor:
  - Laparoscopia convencional (transabdominal o retroperitoneal) (accediendo desde el flanco).
  - Cirugía Robótica.
  - Laparotomía media xifopúbica.

La utilización de la laparoscopia persigue un menor dolor en el postoperatorio, disminuir las complicaciones relacionadas con la herida abdominal, una estancia hospitalaria más corta, así como la más rápida recuperación de la actividad habitual.

La elección de una u otra técnica estará condicionada por las características de la enfermedad, condicionantes anatómicos personales, presencia de patologías previas, disponibilidad tecnológica, solicitud de la paciente en el caso de cirugía abierta y por la experiencia del cirujano. Es posible que una vez comenzada la cirugía por vía laparoscópica tenga que reconvertirse a cirugía abierta si las condiciones generales del paciente o del campo quirúrgico así lo requieren.

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 quirúrgica que se efectuará será:.....**

**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA**

Durante el acto quirúrgico, a la vista de los hallazgos, el cirujano puede tomar la decisión de no realizarla total o parcialmente, porque la enfermedad esté más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas.

La extirpación de los ganglios linfáticos supone una alteración importante del drenaje linfático de estas regiones anatómicas. El análisis de los ganglios puede modificar la conducta terapéutica después de la cirugía, pudiendo ser necesario un tratamiento complementario con radioterapia y/o quimioterapia, según el tipo de tumor.

**RIESGOS GENERALES**

A pesar de la adecuada 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 otros específicos del procedimiento.

**Frecuentes**

No conseguir la extirpación de los ganglios o masas retroperitoneales o lograrlo solamente de forma parcial; la persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente; linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible.

**Infrecuentes**

Hemorragia incoercible tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio que puede obligar a reintervenir para solucionar la hemorragia; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica o de las incisiones de los puertos si se realiza vía laparoscópica (infección con diferente gravedad; dehiscencia de sutura; 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–; hiperestésias –aumento de la sensibilidad– o hipoestésias –disminución de la sensibilidad–); tromboembolismo venoso profundos o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.

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.

**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):

.....  
 .....

En caso de padecer problemas de salud relevantes o estar bajo los efectos de cierta medicación de riesgo concomitante (antiagregantes, anticoagulantes, etc.) la probabilidad de experimentar complicaciones puede aumentar.

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

**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