

Documento de Consentimiento Informado**“LINFADENECTOMÍA 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 principal vía de diseminación de los tumores ginecológicos es a través de los ganglios linfáticos de la pelvis. La Linfadenectomía Pélvica forma parte de la Estadificación quirúrgica de los tumores ginecológicos como Cáncer de Ovario, Cérvix y Endometrio.

Los ganglios linfáticos pélvicos se estudian mediante técnicas de Anatomía Patológica, con el objetivo de conocer la extensión tumoral. El objetivo es analizar si las células del tumor primario se han extendido a los ganglios, para poder aplicar el tratamiento más adecuado para la paciente, con impacto en el pronóstico de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La Linfadenectomía Pélvica bilateral consiste en la extirpación de los ganglios pélvicos, tejido ganglionar y graso de la pelvis, en el territorio vascular ilíaco externo, interno, interilíaco y obturador, identificando además el nervio obturador y los nervios genitofemoral y genitocrural.

Principalmente se lleva a cabo en el Cáncer de Ovario, Cáncer de Cérvix y Cáncer de Endometrio, aunque también puede estar indicada en algunos casos de Cáncer de Vagina y de Vulva.

- a. **Cáncer de Ovario:** forma parte de la estadificación quirúrgica sistemática.
 - b. **Cáncer de Cérvix:** en estadios precoces de la enfermedad o en preservación de fertilidad, asociada o no a la técnica de ganglio centinela.
 - c. **Cáncer de Endometrio:** en estadios intermedios o de alto riesgo, asociada o no a la técnica de ganglio centinela.
- **Vías de abordaje quirúrgico:** dependiendo del tipo de tumor:
 - Laparoscopia convencional.
 - Cirugía Robótica.
 - Laparotomía media xifopúbica o incisión de Maylard.

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

La extirpación de los ganglios linfáticos de la pelvis, supone una alteración importante del drenaje linfático de estas regiones anatómicas.

El análisis de los ganglios de la linfadenectomía pélvica 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. En ocasiones, puede ser necesaria una segunda intervención quirúrgica.

RIESGOS GENERALES

- a. **Complicaciones Herida Quirúrgica:** Infección. Seroma. Dehiscencia. Herniaciones. Eventraciones. Quemaduras.
- b. **Complicaciones Procedimiento Quirúrgico:** Hemorragias, posible necesidad de transfusión. Parálisis u obstrucción intestinal. Lesión térmica intestinal. Lesión ureteral o vesical. Lesiones nerviosas (nervio obturador, nervios genitofermoral y genitocrural). Infecciones, abscesos y peritonitis. Hematoma pélvico. Fístulas intestinales o urológicas. Tromboembolismos venosos o pulmonares.
- c. **Complicaciones laparoscópicas por la entrada de gas CO2-Dióxido de Carbono en el abdomen:** Enfisema subcutáneo. Problemas pulmonares, cardíacos o renales. Implantes peritoneales o en puertos de entrada. Embolismo gaseoso. Dolor hombro.
- d. **Complicaciones por Alteración del drenaje linfático:** Linfedema. Linforrea. Linfocele. Celulitis.

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.

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.

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