

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS OVÁRICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La endometriosis ovárica es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial (tejido que reviste el útero) en lugares donde no debería, como en los ovarios, formando los llamados quistes endometriósicos o endometriomas.

Esto puede causar mucho dolor, molestias y problemas en la vida diaria, especialmente durante la menstruación, las relaciones sexuales o al ir al baño.

El procedimiento consiste en liberar las adherencias presentes como consecuencia de la endometriosis y extirpar los órganos o tejidos afectados.

Algunas de las técnicas que pueden hacerse son:

- Liberar adherencias.
- Toma de muestra para estudio.
- Quitar el quiste de uno o de los dos ovarios.
- Quitar el ovario y la trompa de uno o los dos lados.
- Quitar las trompas de uno o de los dos lados.
- Quitar o quemar lesiones endometriósicas encontradas en el peritoneo.

La cirugía puede realizarse de diferentes formas:

☐ **Cirugía abierta (laparotomía):** se realiza una incisión horizontal o vertical en la parte inferior del abdomen.

☐ **Laparoscopia:** se hace a través de pequeños cortes por donde se introduce una cámara y herramientas, usando gas para inflar el abdomen. Esta opción suele causar menos dolor y permite recuperarse más rápido.

☐ **Cirugía asistida por robot:** ayuda a que el cirujano tenga más precisión usando brazos mecánicos controlados por él.

En su caso, se llevará a cabo la vía de abordaje que se le ha indicado.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, ya que a veces es posible encontrar lesiones que no aparecieron en las pruebas realizadas antes de la cirugía.

La finalidad del procedimiento es aliviar el dolor, tratar la esterilidad y analizar las muestras extraídas para descartar malignidad.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La eliminación de los dos ovarios implica la menopausia quirúrgica, es decir, una pérdida permanente de las hormonas sexuales producidas por los ovarios.

Si se quita un quiste o parte del ovario, supone disminuir la cantidad de óvulos que tiene el ovario. Si hay que extirpar las dos trompas, no podrá concebir de manera natural un embarazo.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos:

- Lesiones de órganos vecinos (intestino delgado o grueso, uréteres, vejiga).
- Infecciones.
- Dolor.
- Reparición de la endometriosis.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la cirugía laparoscópica:

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).
- Accidentes eléctricos.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión

☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento hormonal y analgésico.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS OVÁRICA"

Yo, D./D^a , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: