

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La endometriosis profunda es una enfermedad en la que el tejido endometrial (tejido que reviste el útero), crece en lugares donde no debería, como ovarios, útero, ligamentos de la pelvis y en órganos cercanos como los intestinos, la vejiga o los nervios. 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 puede ser necesario hacer son:

- Toma de muestras para un diagnóstico.
- Quitar el útero (histerectomía), con o sin el cuello del útero.
- Quitar las trompas de Falopio y los ovarios (salpingooforectomía), de uno o de los dos lados.
- Quitar o quemar peritoneo afectado.
- Quitar parte o un segmento de intestino (una parte de la pared del asa intestinal o todo un segmento, requiriendo, o bien la unión de ambos extremos, o haciéndola salir a la piel).
- Quitar parte de la vejiga o hacer cirugía sobre el uréter (conducto que comunica la vejiga con el riñón).

En caso de encontrar lesiones que no aparecieron en las pruebas que se han hecho antes de la cirugía será necesario realizar cirugía sobre la zona afectada como el uréter, la vejiga o las asas intestinales. Los cambios más frecuentes son:

- Sobre uréter o vejiga es posible tener que extirpar parte de la vejiga, hacer un implante del uréter en vejiga en un sitio distinto al que tiene normalmente, o abocar una salida de orina a piel desde el riñón.
- Sobre intestino puede ser necesario extirpar una parte o toda la luz del asa intestinal, uniendo de nuevo ambos extremos o haciéndola salir a la piel.

La cirugía puede realizarse de diferentes formas:

- Cirugía abierta (laparotomía):** se realiza una incisión horizontal en el 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, aunque es posible que una vez que comience la cirugía por vía laparoscópica, sea necesario terminarla con una cirugía abierta si la situación lo requiere.

La finalidad del procedimiento es aliviar el dolor, tratar la esterilidad, analizar las muestras extraídas para descartar malignidad y tratar los síntomas en el caso de obstrucción ureteral o instestinal entre otras.

### **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. Por otro lado, la histerectomía significa que ya no será posible tener hijos y que se dejarán de tener menstruaciones.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la técnica son:

- Lesiones de órganos vecinos (intestino delgado o grueso, uréteres, vejiga).
- Infecciones.
- Puede que la cirugía no alivie el dolor completamente.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Reaparición de la endometriosis
- 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).
- Lesiones eléctricas.

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)

- |   |  |                                     |   |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene   | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> .....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 PROFUNDA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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 \_\_\_\_\_

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| Fdo. Paciente:       | Fdo.: Dr./Dra.           |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº:<br>Servicio de: |

---

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: