

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONIZACIÓN CERVICAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en quitar una parte del cuello del útero en forma cono. Esto se hace para ayudar a diagnosticar o tratar posibles lesiones cancerosas, especialmente si en una prueba de citología o en una biopsia previa se detectó una lesión que podría convertirse en cáncer.

Para hacerlo, se puede usar un bisturí, con láser o con asa electro-quirúrgica.

La pieza extirpada se analizará posteriormente. Dependiendo de los resultados anatómico-patológicos, y por tanto del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia de la que se informará en su caso.

El tipo de sedación puede variar según el caso, y puede incluir bloqueo de anestesia local alrededor del cuello uterino, sedación o anestesia raquídea.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

La finalidad de esta cirugía es eliminar toda la lesión del cuello del útero y evitar que la enfermedad empeore o se vuelva más grave.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

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 intervención son:

- Infección.
- Estenosis cérvix: es cuando el cuello del útero se estrecha demasiado.
- Incompetencia del cuello uterino: ocurre cuando el cuello uterino se abre o dilata demasiado pronto durante el embarazo, lo que puede poner en riesgo el embarazo.
- Extirpación incompleta de la lesión: a veces, la lesión no se elimina por completo, dejando márgenes positivos o lesión residual.
- Quemaduras accidentales: en casos de electrocirugía, puede haber quemaduras no deseadas.
- Persistencia o recidiva de la lesión.
- Perforación uterina: aunque es raro, puede ocurrir una perforación en la pared del útero durante el procedimiento.
- 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.

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. Otras alternativas a la técnica son:

- Extirpación completa del cuello del útero y posterior reparación con mucosa vaginal.
- Tratamiento destructivo local.
- Histerectomía (extirpación del útero) en determinadas condiciones.

AUTORIZACIÓN PARA "CONIZACIÓN CERVICAL"

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: