

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRAQUELECTOMÍA

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

La traquelectomía es una operación por la que se quita solo el cuello del útero, dejando el resto del útero, las trompas y los ovarios. Esto se hace en mujeres que tienen un cáncer en el cuello del útero en una etapa temprana y que quieren tener hijos en el futuro.

En esta operación también se puede quitar parte de la vagina y algunos ganglios linfáticos cercanos para asegurarse de eliminar todo el cáncer. Después, en algunos casos, se pone un pequeño lazo en el cuello del útero (llamado cerclaje) para ayudar a prevenir problemas en futuros embarazos.

La operación se puede realizar por diferentes vías de abordaje:

☐ **Laparoscopia:** se realiza a través de pequeños cortes en el abdomen. Por esos cortes se introducen una cámara pequeña e instrumentos para cortar y detener el sangrado. También se inyecta gas en el abdomen para hacerlo más fácil de trabajar. Esta técnica causa menos dolor después de la operación, tiene menos complicaciones en la herida, permite una recuperación más rápida y la paciente puede volver a sus actividades normales en menos tiempo.

☐ **Cirugía abierta:** es similar a una cesárea, con una incisión más grande en el abdomen, en la pelvis.

☐ **Vía vaginal:** se realiza por vía vaginal, se limita a la resección completa o parcial del cuello del útero, sin necesidad de hacer cortes en el abdomen.

☐ **Laparoscopia asistida por robot:** permite una mayor precisión, flexibilidad y control. El robot cuenta con una cámara y brazos mecánicos con instrumentos, que son controlados por el cirujano.

Puede ser que una vez se inicie la cirugía por la vía laparoscópica se tenga que terminar con cirugía abierta (si las condiciones generales del paciente o del campo quirúrgico así lo requieren).

El médico le indicará el tipo y la forma en que se llevará a cabo la intervención que se le ha indicado.

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 intervención es tratar el cáncer de cuello de útero en una etapa temprana y, en algunos casos, permitir que la mujer pueda tener hijos en el futuro.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Alteración del drenaje linfático de estas regiones anatómicas si se extirpan los ganglios linfáticos de la pelvis.

### 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:

- Parálisis u obstrucción intestinal.
- Lesiones nerviosas.

- Abscesos y peritonitis.
- Trastornos de la micción y cambios en el hábito intestinal.
- Complicaciones obstétricas: esterilidad, estrechamiento del cuello del útero, aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas.
- Complicaciones por alteración del drenaje linfático: linfedema, linforrea, linfocele, celulitis.

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).

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infecciones (urinaria, de la cicatriz, pulmonar, de la pelvis, etc.), con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatriz 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 |

☐ .....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:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.

## AUTORIZACIÓN PARA "TRAQUELECTOMÍA"

Yo, D./D<sup>a</sup> , 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<sup>a</sup> , 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: