

Documento de Consentimiento Informado**“HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA”**

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

A través de la visualización de la cavidad uterina con ópticas de pequeño calibre, permite el tratamiento de patologías intrauterinas, mediante:

- Polipectomía endometrial.
- Miomectomía submucosa.
- Resección de septos uterinos (malformaciones).
- Liberación de adherencias.
- Ablación o reducción endometrial.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La histeroscopia quirúrgica consiste en la introducción, a través de la vulva y vagina, de un sistema óptico en el canal cervical y en el interior de la cavidad uterina. Esto permite la visualización de las estructuras que recorre: conducto endocervical y cavidad endometrial.

Para permitir esta visualización se introduce con el mismo sistema un haz de luz, un equipo de trabajo con un electrodo y se distiende la cavidad uterina por medio de un líquido (glicina, manitol/orbitol o suero fisiológico). De este modo se procurarán tratar las lesiones intracavitarias bajo visión directa.

La intervención precisa de anestesia general o local con sedación, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Se trata de una técnica mínimamente invasiva que permite la corrección de los problemas de infertilidad en caso de septos uterinos o sinequias y corregir gran parte de las hemorragias uterinas condicionadas por la presencia de pólipos, miomas submucosos o de origen idiopático. En caso de no dar los resultados esperados, la opción posterior es la histerectomía o repetir la histeroscopia quirúrgica. En caso de no dar los resultados esperados o no realizarse, habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, precisando en ocasiones de una nueva histeroscopia quirúrgica o de otros procedimientos terapéuticos.

RIESGOS GENERALES**Frecuentes**

Las molestias más frecuentes asociadas a esta cirugía son: dolor abdominal leve (semejante a un dolor menstrual), dolor en hombros (por irritación del nervio frénico), sangrado leve genital.

Infrecuentes

- **Intraoperatorias:** sobrecarga circulatoria (con edema agudo de pulmón en casos excepcionales), accidentes eléctricos, accidentes anestésicos, perforación uterina (con lesión de vísceras abdominales en casos excepcionales), formación de falsas vías; algunas de las cuales pueden requerir tratamientos médicos/quirúrgicos adicionales.
- **Posquirúrgicas:** hemorragia vaginal, infección ginecológica, estenosis cervical, adenomiosis, hematometra.

Las particularidades de esta técnica pueden obligar a suspender la intervención antes de finalizarla o a realizar una cirugía no programada (una laparoscopia o laparotomía de urgencia). No es posible una garantía de éxito absoluto y no puede descartarse una recidiva o una complicación que obligue a una intervención en el futuro.

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.

RIESGOS PERSONALIZADOS (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....

Es necesario, por parte de la paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicación actual o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual de la paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de los riesgos o complicaciones.

ALTERNATIVAS

Las alternativas dependerán del tipo de patología a tratar, y van desde el legrado uterino en caso de pólipos o adherencias, histerectomías para el tratamiento de los miomas submucosos y metrorragias o histerotomías para resección de septos y miomas submucosos.

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