

# Histeroscopia quirúrgica

## 1. Identificación y descripción del procedimiento

La histeroscopia quirúrgica consiste en la introducción a través de la vulva y vagina, en el conducto endocervical y en el interior de la cavidad uterina de un sistema óptico provisto de un haz de luz, un equipo de trabajo con un electrodo y un sistema de distensión líquido (glicina o sorbitol, Manitol). De este modo se procurarán tratar las lesiones intracavitarias bajo visión directa.

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

La pieza extirpada será sometida a estudio anatomopatológico posteriormente, siendo informada de los resultados.

## 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

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 endometriales.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Las alternativas dependerán del tipo de patología a tratar y van desde el legrado uterino para el tratamiento de los pólipos y liberación de adherencias, hysterectomías para el tratamiento de los miomas submucosos y metropatías hemorrágicas e hysterotomías para la resección de septos y de miomas submucosos..

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

La histeroscopia quirúrgica es 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 los 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 hysterectomía o repetir la histeroscopia quirúrgica.

## 5. Consecuencias previsibles de su no realización

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales.

## 6. Riesgos frecuentes

Las molestias más frecuentes asociadas a esta cirugía son:

- Dolores abdominales leves, semejantes a un dolor menstrual.
- Dolores en los hombros por irritación del nervio frénico.
- Pérdida vaginal leve.

## 7. Riesgos poco frecuentes

Las complicaciones asociadas a dichos procedimientos son infrecuentes e incluyen sin ser las únicas las siguientes:

Intraoperatorias:

- Perforación uterina: en casos excepcionales, el resector podría lesionar vísceras intrabdominales (intestino, vejiga, vasos)
- Sobrecarga circulatoria, y en casos excepcionales, edema agudo de pulmón.
- Accidentes eléctricos.
- Accidentes anestésicos.
- Necesidad de cirugía laparoscópica o laparotómica de recurso.

Post Quirúrgicas:

- 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 laparoscopia de urgencia, que obligue a una cirugía no programada.

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.

### 8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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

### 9. Declaración de consentimiento

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la paciente) \_\_\_\_\_ .con DNI \_\_\_\_\_

Declaro:

Que \_\_\_\_\_ el Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización de \_\_\_\_\_ ..

En \_\_\_\_\_ .a \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ..

Fdo.: Don/Doña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fdo.: Dr/Dra \_\_\_\_\_ Colegiado nº: \_\_\_\_\_

### 10. Revocación de consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En \_\_\_\_\_ .a \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ..

Fdo.: Médico  
Colegiado nº: \_\_\_\_\_

Fdo.: Paciente  
DNI \_\_\_\_\_