

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA POR MALFORMACIÓN GENITOURINARIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las malformaciones uterinas son anomalías que están presentes desde el nacimiento y afectan al útero. Muchas mujeres con estas malformaciones no tienen síntomas y sólo precisan tratamiento quirúrgico en caso de provocar problemas obstétricos y/o ginecológicos como abortos frecuentes, partos prematuros, dolor, esterilidad, etc. En estos casos, generalmente se necesita hacer una cirugía.

No todas las malformaciones congénitas se pueden arreglar con cirugía. La decisión depende del tipo de problema y de si la cirugía puede ayudar a que el útero tenga mejor capacidad para albergar un embarazo.

La cirugía puede consistir en eliminar tabiques en la cavidad del útero o en quitar tejidos sobrantes dentro del útero.

Puede realizarse de diferentes formas:

☐ **Por vía vaginal:** se usa un tubo delgado con una cámara en el extremo, sin necesidad de hacer cortes en el abdomen.

☐ **Cirugía abierta:** se hace un corte grande en el abdomen.

☐ **Con 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.

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 de esta intervención es corregir las malformaciones para mejorar la función reproductiva, aliviar síntomas o facilitar un embarazo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de estas técnicas no tiene secuelas 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:

- Lesiones vesicales, ureterales e intestinales, seromas, etc.
- Formación de adherencias abdominales y/o intrauterinas que podrían ocasionar dolor y/o esterilidad, así como roturas uterinas en futuros embarazos.
- 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.

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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA POR MALFORMACIÓN GENITOURINARIA"

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: