

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DEL SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA (VARICES PÉLVICAS)**

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

El Síndrome de Congestión Pélvica se caracteriza por dolor y sensación de pesadez en la pelvis, a veces acompañado de dolor en las piernas, hemorroides y molestias en el coito. Esto se debe a la presencia de varices en las venas ováricas o en las venas pélvicas.

La embolización es un procedimiento que sirve para taponar esas venas afectadas por la enfermedad.

La técnica consiste en pinchar una vena (en la ingle, brazo o cuello), por donde se introduce un tubo fino (catéter) para inyectar un medio de contraste, que nos va a permitir ver los vasos sanguíneos, que queremos estudiar mediante radiografías. Una vez localizados, se introduce un material embolizante que interrumpe la circulación de la sangre para ocluirlos.

Los agentes embolizantes son de diversos tipos, espirales metálicas (coils), tapones de nitinol, agentes líquidos y esclerosantes. Todos ellos son efectivos y será su médico el que decida cuál es el más idóneo en su caso.

La finalidad es tratar el problema de las varices pélvicas y sus síntomas.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Malestar, fiebre, dolor pélvico, en glúteos y piernas.
- Dolor en el lugar de punción.
- Sangrado o trombosis (coágulo) de la vena puncionada.
- Hematoma en el lugar de punción.
- De forma excepcional puede ocurrir que algunas de las espirales metálicas (coils), se desplacen y se alojen en un sitio no deseado.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Reacción alérgica al material embolizante utilizado en el procedimiento.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención. Por la exposición a los rayos X, se pueden originar efectos nocivos en el organismo.
- 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.

*Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

**CONTRAINDICACIONES**

- Reacciones anafilácticas graves a medios de contraste radiográficos.
- Trastornos graves de coagulación no corregibles.
- Insuficiencia renal grave no controlada.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento médico.

**AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLIZACIÓN DEL SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA (VARICES PÉLVICAS)”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. \_\_\_\_\_, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: