

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Los miomas uterinos son tumores no cancerosos (benignos), que se desarrollan en la pared del útero. Los síntomas que pueden producir son entre otros: alteraciones en la menstruación (hemorragias prolongadas y abundantes), dolor, estreñimiento por compresión del intestino, ganas de orinar frecuente y/o constante por compresión de la vejiga urinaria y dolor durante el acto sexual.

La embolización es una intervención que sirve para taponar los vasos sanguíneos (arterias uterinas), que irrigan el o los miomas responsables de los síntomas.

La técnica consiste en pinchar un vaso sanguíneo (en la ingle), por donde se introducirá un tubo fino (catéter) para inyectar un medio de contraste, que nos va a permitir ver las arterias, que queremos estudiar mediante radiografías. Una vez localizadas, se introduce un líquido embolizante que interrumpe la circulación de la sangre para ocluir los vasos sanguíneos.

Este procedimiento se realiza con sedación, anestesia local y anestesia intravenosa o epidural.

La finalidad es anular el flujo de sangre al tumor para reducir su tamaño y mejorar los síntomas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos del procedimiento son:

- Malestar, fiebre y dolor pélvico.
- Sangrado o trombosis (coágulo) de la vena puncionada.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Manchado vaginal durante un tiempo después de la embolización.
- Infección en el útero o generalizada (sepsis).
- Flujo vaginal prolongado.
- Disfunción ovárica, con ausencia temporal o permanente del ciclo menstrual.
- Reacción alérgica al material embolizante utilizado en el procedimiento.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Efectos sobre la fertilidad.
- Obstrucción de vasos en otros órganos (vagina, vejiga, intestino, etc.).
- Expulsión del mioma, aunque infrecuente, se presenta como cólicos menstruales fuertes, con o sin secreción, expulsión de tejidos o sangrado. También puede tener una presentación más crónica, con flujo vaginal persistente, a menudo descrito como acuoso o mucoso transparente, que puede llegar a sobre infectarse.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile

la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. 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.

- 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

- Embarazo.
- Reacciones anafilácticas graves a medios de contraste radiográficos.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Extirpación quirúrgica de los miomas (miomectomía) o del útero (histerectomía).
- Tratamiento médico.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS”

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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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:

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: