

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS

Identificación del paciente

Nº Historia: _____ DNI: _____
Apellido 1: _____
Apellido 2: _____
Nombre: _____
Sexo: _____ F. Nacimiento: _____

Fecha: _____

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS

Se pone de manifiesto manifiesto que el Dr./a: _____ de Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e INTERVENCIÓNISTA me ha informado y explicado el procedimiento y/o intervención al que voy a ser sometido y que se resume en:

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

La intervención se realizará con sedación, anestesia local y analgesia intravenosa o epidural para minimizar las molestias que conlleva.

Se le pinchará un vaso sanguíneo (generalmente en la ingle) utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter), por el que se inyecta un líquido

(medio de contraste), que permite ver los vasos sanguíneos en las radiografías. Una vez localizado el sitio exacto del vaso que debe taparse, se introducen sustancias que interrumpen la circulación de la sangre.

La duración de la intervención es, aproximadamente, de 1 a 2 horas. Deberá permanecer ingresada en el Hospital 48 – 72 horas.

ALTERNATIVAS

En la actualidad la alternativa es la histerectomía (quitar el útero) o intentar quitar el tumor mediante intervención quirúrgica (miomectomía) y en algunos casos tratamiento médico.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos realizando:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Como consecuencia de la intervención (embolización), se puede presentar en un 20 – 25 % de los casos, malestar, fiebre y dolor pélvico inmediatamente después de la intervención, que persisten entre 3 y 5 días y suelen ceder con tratamiento médico.
- En un 20 % de las pacientes, se produce manchado vaginal sanguinolento, durante un tiempo después de la embolización.
- Es excepcional, pero está descrito en la literatura médica, que se produzca infección y haya que quitar el útero.
- Flujo vaginal persistente, que si es muy abundante y molesto, puede obligar a quitar el útero.
- En un 1-2 % de las mujeres menores de 45 años y en un 15 % de las mujeres mayores de 45 años se produce amenorrea definitiva (desaparición de la regla)
- Obstrucción de vasos en órganos no deseados, que puede conducir a complicaciones graves.
- La muerte puede producirse en 1 de cada 10.000 pacientes.

Por el medio de contraste:

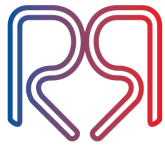
Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones o sensación de ahogo.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 pacientes).

Por la exposición a los rayos X:

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos y técnicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS:

.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de **EMBOIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS** y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D. /Dª. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y () deseo / () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo.

Dr/a: _____