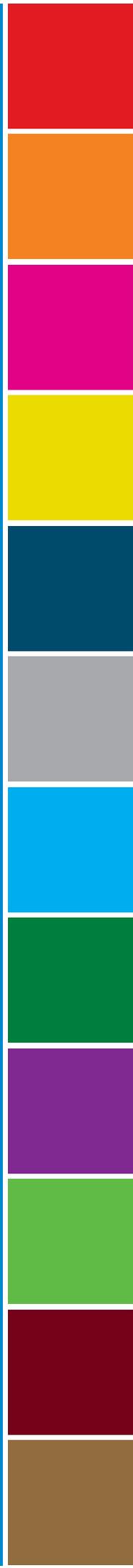


CIRSE Patient Information



Endorsed by Sociedad Española de Radiología Vascul ar e Intervencionista SERVEI



Quimioembolización Hepática

TACE (por sus siglas en inglés Trans Arterial Chemo Embolization)

La TACE es un tratamiento mínimamente invasivo para el Hepatocarcinoma (cáncer primario de hígado) y metástasis hepáticas. Consiste en la administración de una alta dosis de agente quimioterápico directamente dentro de las arterias que nutren al tumor.

La quimioterapia se inyecta en combinación con unas sustancias que provocan la oclusión del aporte sanguíneo. De esta manera, administraremos una dosis de quimioterapia mucho más alta dentro del tumor y evitamos que la quimioterapia circule por el resto del organismo produciendo menos efectos secundarios que cuando se administra por la vía venosa.

¿Que beneficios me aportará este tratamiento?

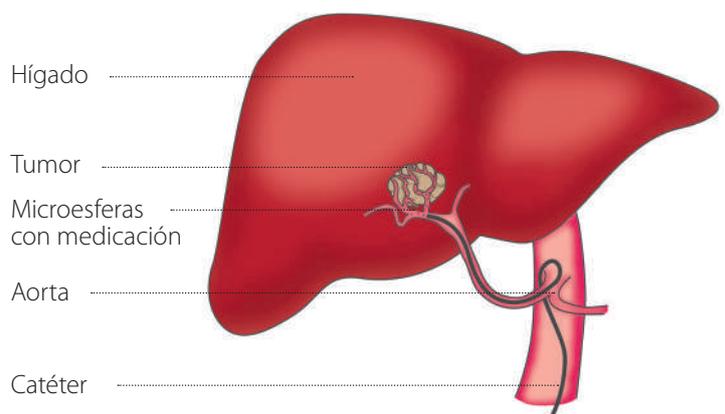
La TACE está recomendada si el paciente presenta un tumor (o tumores) en el hígado que no puede ser tratado con otro tipo de técnicas. El objetivo de la TACE es intentar eliminar completamente el tumor y en los casos en los que no es factible, detener su crecimiento. La TACE puede ayudar a pacientes a entrar o mantenerlos dentro de la lista de espera para un trasplante hepático. Dependiendo del tipo de tumor, el tamaño y la localización, el paciente puede necesitar una o varias sesiones de tratamiento de TACE para el control del cáncer. En alrededor del 70% de los pacientes se conseguirá la eliminación total o parcial del tumor o los tumores. La TACE puede ser tratamiento único o en combinación con otros tratamientos.

¿Cómo me preparo para el tratamiento?

Antes del tratamiento, su médico comprobará con una analítica que la función de su hígado, riñón y coagulación sean correctas.

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

Necesitará realizarse una prueba de imagen hepática con contraste en los 30-60 días previos al tratamiento. Si usted es una mujer, debe informar a su médico si existe la posibilidad de estar embarazada.



¿Cómo se realiza?

El tratamiento se realizará en Radiología Vasculare Intervencionista (RVI). Una vez en la sala de intervencionismo el paciente estará vigilado y se controlaran sus constantes vitales. Después de anestesiar la piel en el punto en el que se accederá a la arteria, el radiólogo intervencionista mediante una punción canalizará una arteria (en la ingle o en la muñeca) a través de la que introducirá un catéter (tubo fino). Utilizando rayos X y contraste navegará por dentro de las arterias hasta alcanzar específicamente los vasos que irrigan el tumor hepático.

Una vez que el microcatéter es avanzado dentro de la arteria nutricia del tumor, se inyectará la mezcla de quimioterapia con el agente embolizante. Al final del tratamiento el catéter se retira y se sellará el punto de acceso. El paciente puede permanecer en reposo durante un período de tiempo que dependerá de las indicaciones de su médico.

¿Cuáles son los riesgos?

Los efectos locales son mínimos. Puede sentir dolor, náuseas y fiebre como cuando se está resfriado o con gripe, pero estos síntomas son normalmente fáciles de manejar con medicación y se suelen resolver en unos días.

Puede aparecer un hematoma en el punto de punción. Las complicaciones más raras incluyen: sangrado u obstrucción de la arteria que requiera intervención, infección en el hígado que requiera antibióticos, embolización en un lugar distinto al del tumor y muy raramente fallo hepático agudo o excepcionalmente la muerte.

¿Qué puedo sentir después del tratamiento?

Algunos de los pacientes pueden experimentar lo que se denomina síndrome

postembolización: dolor, náuseas o fiebre que son fácilmente controlados con medicación. El paciente puede volver a su dieta habitual el día después del tratamiento y será dado de alta a las 24-48 horas. Puede aparecer fiebre de hasta 38°C, sentirse cansado y perder el apetito durante 1 o 2 semanas.

Deberá acudir a su médico si:

- Su pierna se pone pálida y fría.
- Nota sangrado, hematoma o un bulto en la zona de punción.
- Siente fuerte dolor en la pierna o en el abdomen.
- Tiene dificultad respiratoria significativa.
- Tiene fiebre de 38°C o más.
- Presenta síntomas de infección.
- Experimenta diarrea frecuente.
- Al toser presenta esputos amarillos o verdes.
- Desarrolla enrojecimiento o calor en la herida

¿Cuál es el plan de seguimiento?

En las semanas siguientes al tratamiento, su médico le realizará una analítica de sangre para ver el estado de la función hepática y renal. Se realizará una nueva prueba de imagen hepática entre 1-3 meses después, para comprobar el tamaño del tumor. Dependiendo del resultado del tratamiento puede ser necesaria una segunda sesión de TACE.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Embolización de la Arteria Prostática (EAP)

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad muy común que reduce la calidad de vida de muchos hombres. El crecimiento de la próstata comprime la uretra y provoca un vaciado incompleto de la vejiga, que ocasiona la necesidad de orinar frecuentemente, incluido durante la noche, perturbando el sueño y el descanso nocturno. El **propósito de la embolización de la arteria prostática (EAP)** es eliminar los síntomas de la HBP reduciendo el aporte sanguíneo a la glándula prostática, lo que conduce a una disminución de su tamaño.

¿Cómo puede beneficiarme este tratamiento?

La mejoría clínica en los pacientes tratados con embolización prostática se consigue en el 85-90%. En cuanto a los pacientes con sonda urinaria, ésta se consigue retirar en 8-9 de cada 10 entre la 1ª y 3ª semana tras el tratamiento. En estos pacientes, no sólo se consigue la retirada de la sonda, sino que los pacientes son capaces de orinar correctamente con escasos síntomas urinarios.

¿Cómo me preparo antes del tratamiento?

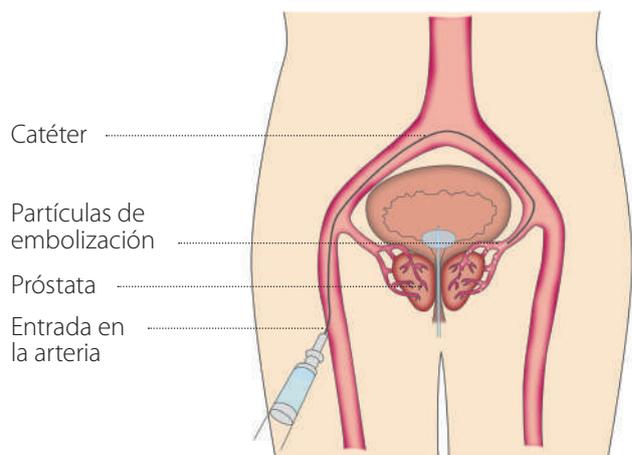
Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

Antes de la intervención el paciente recibirá antibioterapia para prevenir la infección.

¿Cómo se realiza?

Es un procedimiento mínimamente invasivo que se realiza con anestesia local mediante una punción en la ingle o en la muñeca. Guiado por un equipo sofisticado de rayos X, un Radiólogo Intervencionista “navega” por el sistema arterial hasta la arterias prostáticas.

Una vez en el interior de éstas arterias, se procede a su oclusión mediante unas partículas de muy pequeño tamaño, llamadas microsferas. El cierre de las arterias provoca una disminución importante del riego de sangre de la próstata, disminuyendo el tamaño de ésta, y por tanto, haciendo más fácil la salida de la orina.



El tratamiento completo normalmente dura entre 1 y 2 horas. El tratamiento normalmente no provoca dolor; sin embargo, algunos pacientes cuentan un leve dolor en el área pélvica, que puede ser tratado con medicación analgésica oral.

¿Cuáles son los riesgos?

Puede aparecer un hematoma en el punto de punción. Las complicaciones más raras incluyen: sangrado u obstrucción de la arteria que requiera intervención. Las posibles complicaciones relacionadas con la embolización pueden ser: sangre en la orina, con las heces y en el esperma, y/o infección del tracto urinario.

El riesgo de infección se reduce con la administración antibióticos. Generalmente estas reacciones adversas desaparecen a los pocos días.

¿Qué puedo sentir después del tratamiento?

El alivio sintomático no es inmediato. Se puede percibir escozor y urgencia urinaria durante los primeros 3-5 días. La mejoría de los síntomas es progresiva a partir de las 2-3 primeras semanas tras la embolización.

¿Cuál es el plan de seguimiento?

La EAP no necesita de un seguimiento estricto. Sin embargo, como la próstata se preserva, el paciente deberá seguir el calendario de visita habitual al urólogo.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Drenaje biliar percutáneo transhepático y colocación de prótesis biliar

El hígado produce la bilis que se excreta hacia el intestino a través de los conductos biliares. Si estos conductos se obstruyen, la bilis se acumula en el hígado, lo que causa la aparición del color amarillo en los ojos y la piel, llamado ictericia, y produce sensación de picor (prurito). Esta acumulación de fluido puede llegar a infectarse y, si no se drena, puede llegar a provocar infección generalizada o un fallo hepático.

En el **drenaje biliar transhepático**, se coloca un catéter a través de la piel (de manera percutánea) de la pared torácica o abdominal directamente hacia los conductos biliares, lo que permite drenar la bilis hacia una bolsa fuera del cuerpo y/o hacia el intestino.

La prótesis (Stent) biliar es un dispositivo "tipo muelle" que se introduce por el mismo sitio en la piel donde se ha realizado anteriormente el drenaje biliar transhepático. Dicha prótesis se coloca donde existe la obstrucción biliar, para abrir el paso de la bilis hacia el intestino. Al colocar la prótesis, el drenaje biliar se puede retirar.

¿Cómo me beneficiará el tratamiento?

Drenar la bilis fuera del cuerpo alivia la presión en el hígado, permitiéndole trabajar con normalidad y reducir el riesgo de infección o fallo hepático. Los ojos y la piel vuelven a su color normal y el picor desaparece. El drenaje biliar también puede ser necesario en la preparación de una cirugía u otros procedimientos en la vía biliar. La colocación de una prótesis proporciona un tratamiento a largo plazo para la obstrucción del conducto biliar, permitiendo el drenaje interno de la bilis hacia el intestino de manera normal, sin necesidad de drenaje externo.

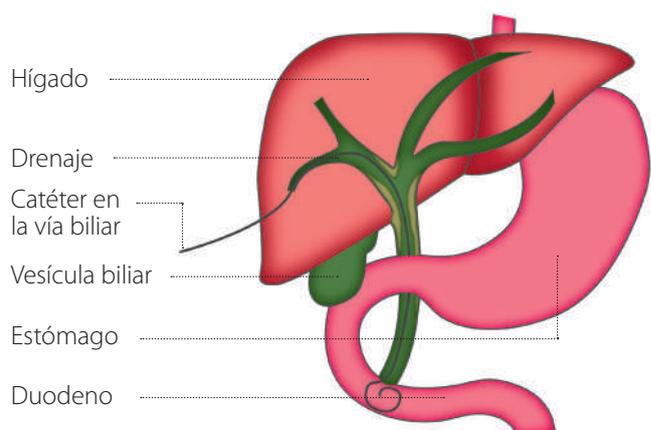
¿Cómo me preparo antes de este tratamiento?

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

Antes de la intervención el paciente recibirá antibioterapia para prevenir la infección.

¿Cómo se realizan?

Ambas intervenciones se llevan a cabo en una sala equipada con rayos X y ecografía en el servicio de radiología intervencionista. Este tipo de procedimiento se puede realizar con anestesia local y sedación.



drenaje biliar transhepático

¿Cómo se realiza?

Drenaje biliar

El Radiólogo Intervencionista utilizará la ecografía o rayos X para pinchar la vía biliar y luego introducirá distintos materiales, incluyendo catéteres, para acceder al árbol biliar y pasar la zona estrecha que está ocasionando la obstrucción. Durante un periodo de tiempo permanecerá un catéter fuera de la piel.

Prótesis biliar

A través del mismo acceso del drenaje se coloca la prótesis biliar que servirá para abrir la zona estrecha que permitirá retirar el drenaje biliar.

¿Cuáles son los riesgos?

Para ambos procedimientos, existe un riesgo de sangrado en relación con la punción. La prótesis biliar o drenaje puede movilizarse o salirse, siendo necesario una nueva colocación. Con el tiempo también la prótesis biliar puede obstruirse o infectarse. En algunas ocasiones puede existir una pequeña fuga de bilis hacia la piel, a la cavidad abdominal o a la cavidad del tórax.

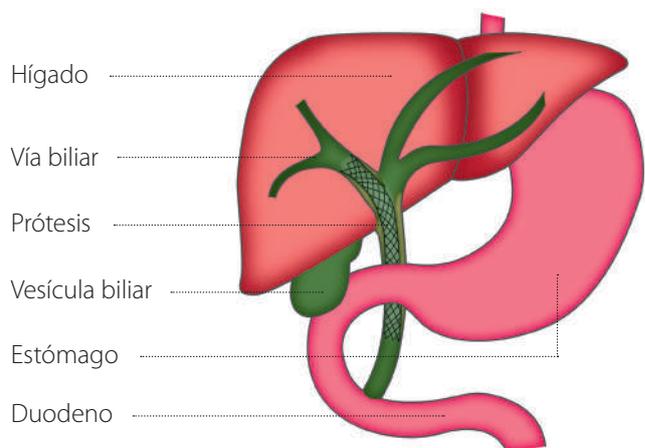
¿Qué puedo sentir después del procedimiento?

Puede experimentar dolor en la zona de punción y la parte alta del abdomen. También puede presentar ligera sensación de náuseas. Estos síntomas se manejarán con medicación.

¿Cuál será el seguimiento del paciente?

Si el paciente porta un tubo de drenaje externo y una bolsa colectora, es muy importante tener cuidado de no tirar el catéter para evitar su salida accidental. El equipo médico y enfermería le enseñará los cuidados del catéter.

El mantenimiento del catéter biliar es extremadamente importante. Cuando el paciente se va de alta médica debe asegurarse que recibe claras instrucciones de sus médicos con respecto al lavado del catéter y el cambio de los apósitos. También debe recibir un plan sobre el seguimiento que debe incluir el programa de intervalos de cambios de catéter.



Prótesis biliar transhepática

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Inserción de catéter venoso central – Catéter tunelizado (cuff)

La inserción de un **catéter venoso central** consiste en la colocación de un catéter en el interior de una gran vena del tórax.

Estos dispositivos pueden ser utilizados para diferentes propósitos, incluyendo la nutrición parenteral, medicación de larga duración e incluso para filtrar la sangre (diálisis).

¿Qué beneficios me aportará este catéter?

El mayor beneficio es que usted no requerirá pinchazos repetidos o colocación de cánulas (pequeñas vías que se colocan en las venas de las manos o de los brazos, que deben ser cambiadas frecuentemente). El catéter es colocado en el interior de una vena del cuello o de la parte delantera del tórax y su extremo distal en el interior de una vena central del tórax.

Este tipo de catéter puede permanecer el tiempo que sea necesario.

¿Cómo me preparo antes de la inserción de este dispositivo?

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

¿Cómo se realiza?

Generalmente el procedimiento se realiza con anestesia local, estando usted despierto durante el procedimiento, aunque en algunos casos se puede hacer con sedación (le hará

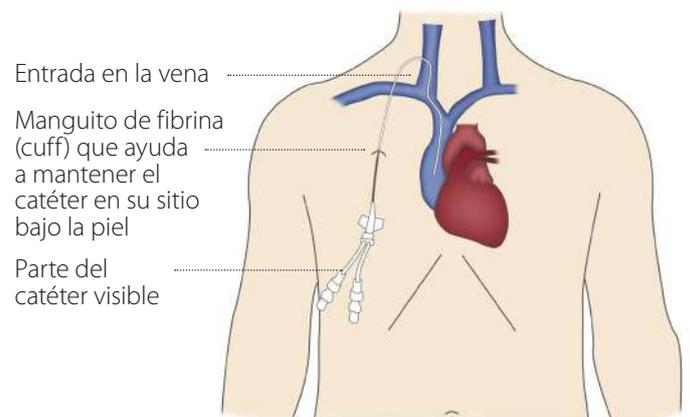
estar más tranquilo, pero no dormido). En los bebés o niños, el procedimiento se suele realizar con anestesia general. Normalmente el procedimiento dura unos 30-45 minutos. Se realiza una pequeña incisión en la piel y utilizando un ecógrafo como guía se pincha la vena con una fina aguja.

A continuación, se introduce una pequeña guía en el interior de la vena, comprobando su posición con rayos x (fluoroscopia) hasta hacerla llegar a una vena central, sobre la cual se introduce el catéter.

La parte del catéter que sobresale a través de la piel se fija con una sutura temporal y/o con un apósito especial.

Se pueden utilizar diferentes tipos de catéteres como: Catéter tunelizado, Catéter tipo Hickman, Catéter Groshong, etc.

El catéter quedará fijo por debajo de la piel (tunelizado) en la parte delantera del tórax.



Catéter tunelizado con manguito de fibrina (cuff)

¿Cuáles son los riesgos?

Existe bajo riesgo de sangrado al realizar la punción y de infección tras el procedimiento.

Existe también bajo riesgo de pinchar el pulmón y provocar un colapso del mismo; esta complicación es rara.

¿Qué puedo sentir después de la inserción del catéter?

Puede sentir molestias o dolor en la zona donde se le ha puesto el catéter, que pueden tratarse con analgésicos habituales.

El catéter venoso central puede ser utilizado inmediatamente.

Si el procedimiento no se ha realizado con sedación, podría comer o beber después de 1-2 horas de haber sido realizado el procedimiento.

¿Cuáles son los cuidados del catéter tras su colocación?

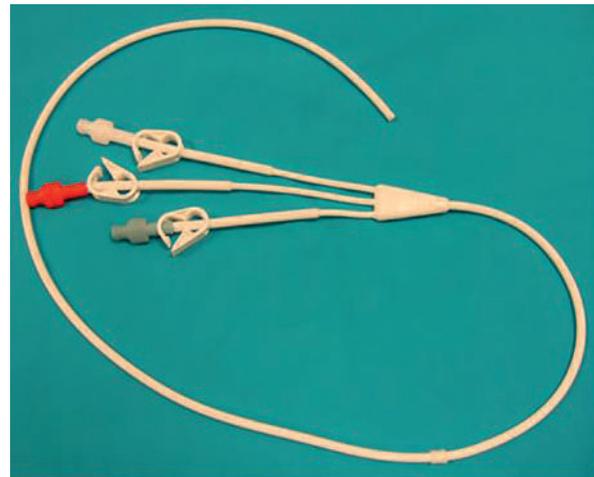
Dependerá del tipo de apósito y/o sutura utilizado durante la intervención.

Si el catéter fue fijado con tiras especiales llamadas "steri-strips", normalmente se caerán solas a los 3-5 días.

Si se han utilizado puntos de sutura, el equipo médico o personal de enfermería le dará indicaciones claras sobre cuándo se deben retirar y valorar la herida en caso de ser necesario.

El catéter se mantendrá en su lugar mientras usted necesite tratamiento. Cuando no sea necesario, podrá ser retirado con anestesia local.

local (en niños frecuentemente se realiza con anestesia general). Al retirar el catéter puede haber un pequeño sangrado o hematoma que se corrigen con una compresión de la zona.



Catéter Hickman

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Inserción de catéter venoso central – reservorio subcutáneo (Port-a-cath)

Un catéter con **reservorio** (también conocido como port-a-cath) es un dispositivo de plástico o metal que se coloca por debajo de la piel en la zona pectoral, en el brazo cerca del codo o cerca de la ingle, que estará conectado a un catéter el cual tiene su extremo distal en una vena central del tórax o abdomen.



Ejemplo de un reservorio venoso, también llamado port-a-cath

¿Qué beneficios me aportará este dispositivo?

Evitará pinchazos repetidos o colocación de cánulas (vías pequeñas que se colocan en las venas de las manos o de los brazos, que tiene que ser cambiadas cada varios días).

Los reservorios pueden ser utilizados para diferentes propósitos, incluyendo medicación de larga duración o nutrición, para analíticas o para inyectar contraste en la TC si le realizan

escáneres frecuentemente. El reservorio puede permanecer en su lugar el tiempo que sea necesario.

¿Cómo me preparo antes de la inserción de este dispositivo?

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

¿Cómo se realiza?

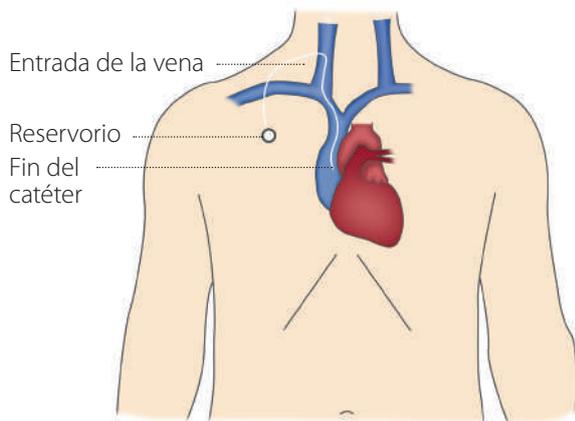
Generalmente el procedimiento se realiza con anestesia local, estando usted despierto durante el procedimiento, aunque en algunos casos se puede hacer con sedación (le hará estar más tranquilo, pero no dormido). En los bebés o niños, el procedimiento se suele realizar con anestesia general. Normalmente el procedimiento dura unos 30-45 minutos.

Después de desinfectar la piel, se aplica anestesia local y se coloca el reservorio en la región deseada. El catéter se pasa por debajo de la piel hasta la zona de inserción en el sistema venoso en donde se realiza una punción de la vena guiada por ecografía.

A continuación, se introduce una pequeña guía en el interior de la vena y, con control de rayos x (fluoroscopia) se pasa hasta las venas centrales, sobre la cual se inserta el catéter.

El corte en el sitio de acceso del reservorio y catéter se cierra con un punto de sutura, con tiras especiales o con pegamento.

El equipo médico y de enfermería podrá administrar medicación intravenosa y pincharán con aguja especial a través de la piel el reservorio para poder comprobar el funcionamiento del catéter.



Un reservorio venoso

¿Cuáles son los riesgos?

Existe un pequeño riesgo de sangrado al realizar la incisión. Como el dispositivo venoso central está en contacto con el torrente sanguíneo, existe riesgo de infección tras el procedimiento. Excepcionalmente puede existir un pequeño riesgo de puncionar el pulmón y causar un colapso del mismo y se trataría fácilmente colocando un tubo en el tórax para permitir que el pulmón se expanda.

El catéter puede dejar de funcionar correctamente y en esta situación se deberá revisar por los especialistas. En raras ocasiones es necesario colocar un nuevo catéter.

¿Qué puedo sentir después de la colocación de este dispositivo?

Puede sentir molestias o dolor en la zona donde se le ha puesto el catéter, que pueden tratarse con analgésicos habituales.

El catéter venoso central puede ser utilizado inmediatamente.

Si el procedimiento no se ha realizado con sedación, podría comer o beber después de 1-2 horas de haber sido realizado el procedimiento.

¿Cuáles son los cuidados del catéter tras su colocación?

Dependerá del tipo de apósito y/o sutura utilizado durante el tratamiento.

Si el catéter fue fijado con tiras especiales llamadas "steri-strips", normalmente se caerán solas a los 3-5 días.

Si se han utilizado puntos de sutura, el equipo médico o personal de enfermería le dará indicaciones claras sobre cuándo se deben retirar y valorar la herida en caso de ser necesario.

El reservorio se mantendrá en su lugar mientras usted necesite tratamiento. Cuando no sea necesario podrá ser retirado con anestesia local.

En niños frecuentemente se realiza con anestesia general. Al retirar el catéter puede haber un pequeño sangrado o hematoma que se corrigen con una compresión de la zona.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Nefrostomía, catéter doble J y nefroureterostomía

El propósito principal de la nefrostomía y/o la colocación de un catéter ureteral es la de derivar la orina de un riñón obstruido.

La presión dentro del riñón disminuye al colocar el catéter de nefrostomía, ya que la orina sale del sistema excretor del riñón a una bolsa colectora. En muchos casos, es posible pasar, un catéter doble J hasta la vejiga, y así la orina se drenará de manera natural.

La colocación de una nefrostomía a veces es necesaria también, para derivar la orina fuera del cuerpo, cuando hay lesiones del uréter. También pueden ser necesarias para extraer piedras del riñón.

La colocación de una nefrostomía puede ser temporal o permanente, dependiendo de las condiciones específicas del paciente.

¿Qué beneficios me aportará este tratamiento?

Reduciendo la presión a la salida de la orina permite que el riñón obstruido pueda volver a funcionar. Puede ayudar a tratar complicaciones producidas por otras enfermedades sobre el riñón o las vías urinarias.

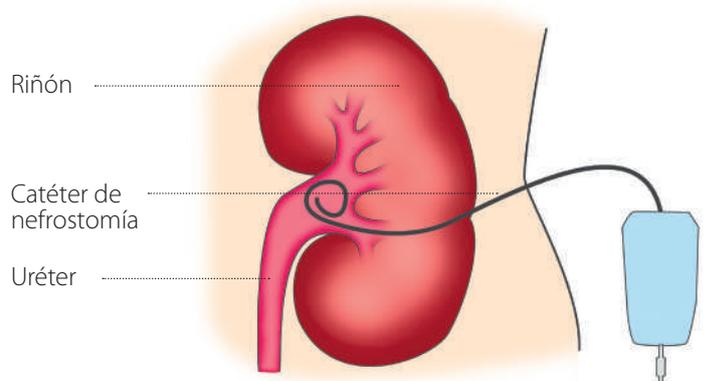
¿Cómo me preparo antes de este tratamiento?

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

¿Cómo se realizan?

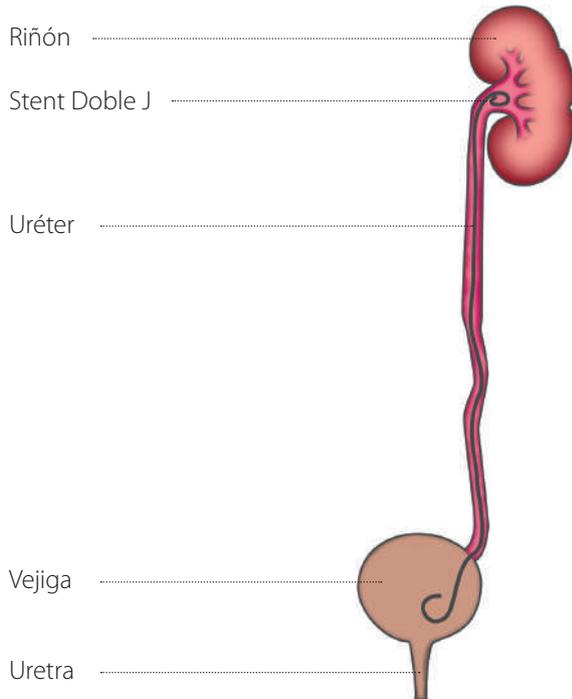
El procedimiento se suele realizar boca abajo, aunque dependiendo de condiciones especiales podría realizarse en otras posiciones. Se utiliza tanto anestesia local como sedación para su comodidad, durante la realización del procedimiento.

- La nefrostomía: Mediante guía ecográfica y de Rayos X, se introduce una fina aguja en el riñón, hasta llegar a los cálices, que colectan la orina, y se coloca entonces un catéter, cuya punta de forma circular se aloja en la pelvis renal. El otro extremo del catéter sale hacia el exterior y se conecta a una bolsa de drenaje externa.
- Catéter doble J / Nefroureterostomía: Con el uso de rayos X, se avanza una guía hasta la vejiga, a través de la zona estrecha del uréter, para después avanzar un catéter especial con agujeros en toda su longitud, para que la orina pueda derivarse desde la pelvis renal hasta la vejiga y pueda eliminarse de forma natural. Puede ser necesario dejar colocada una nefrostomía durante un tiempo dependiendo de cada caso.



Un catéter de nefrostomía

En ocasiones no es posible, sobrepasar la estrechez del uréter siendo necesario mantener la nefrostomía, hasta que se pueda volver a intentar canalizar el uréter.



Catéter doble J

¿Cuáles son los riesgos?

Existe riesgo de sangrado durante el procedimiento y suele detenerse espontáneamente en el transcurso de 48 a 72 horas. Los sangrados importantes, que requieran o transfusión o un tratamiento adicional son infrecuentes.

Complicaciones menos comunes son la fuga de orina alrededor del catéter en el abdomen o la obstrucción del catéter de drenaje. Si la orina está infectada antes del procedimiento, se puede producir una

infección que afecte al torrente sanguíneo (sepsis), que en la mayoría de las ocasiones se tratará con la nefrostomía y antibióticos. Normalmente se administran antibióticos antes del procedimiento para prevenir este tipo de complicaciones.

¿Qué puedo sentir después del tratamiento?

Puede tener dolor en lado donde se haya hecho el procedimiento que se suele controlar con medicación. Podría tener fiebre o tiritona que se tratará con antipiréticos y antibióticos. La orina puede salir rojiza "como agua de lavar carne" durante las primeras 48-72 horas y suele ir aclarándose de forma progresiva.

¿Cuál es el seguimiento?

El tubo de drenaje permanecerá colocado durante el tiempo que determine su médico, conectado o no a una bolsa dependiendo del tipo de tratamiento que se le ha realizado. Le darán instrucciones sobre el cuidado del catéter de nefrostomía cuando se vaya a casa. El mantenimiento del catéter es extremadamente importante, por lo que debe instruirse sobre los cuidados del catéter y el cambio de los apósitos y/o bolsas. También debe recibir un plan sobre el seguimiento, que debe incluir los intervalos de tiempo, para el recambio del catéter.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Angioplastia arterial y colocación de endoprótesis

La angioplastia es el tratamiento mediante el cual un balón montado sobre un catéter, abrirá la zona estrecha (estenosis) de una arteria para recuperar el calibre del vaso y mejorar así el flujo sanguíneo. La colocación de una endoprótesis es la inserción de un "muelle" metálico, llamado también "stent", para mantener abierto un vaso sanguíneo.

¿Qué beneficios me aportará este tratamiento?

En la medida que el vaso sanguíneo tratado recupera su calibre, mejora la circulación sanguínea al órgano o extremidad a donde se dirige la sangre. En el caso de los riñones o el intestino puede mejorar problemas renales o el dolor abdominal asociado a las comidas. En el caso de las extremidades puede aliviar el dolor, o lesiones ulcerosas que no curan y en el caso de las carótidas (arterias del cuello que van al cerebro) disminuir el riesgo de sufrir un ictus (ACV).

Durante la consulta con su Radiólogo Vascular Intervencionista se comentará su situación y se tomará la mejor decisión adaptada a su problema específico y a sus causas.

¿Cómo me preparo para la intervención?

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

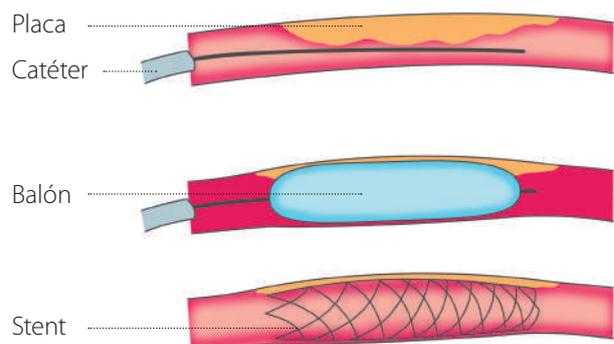
Se realizarán analíticas de sangre, coagulación y de función renal, y/o alguna prueba de imagen (escáner/TC, resonancia magnética o ecografía Doppler) antes del procedimiento para ver si es apto para el tratamiento.

¿Cómo se realiza?

El tratamiento se realiza con anestesia local y en ocasiones, con sedación.

Con una aguja se accederá al sistema arterial en la ingle o en el brazo y con el uso de un catéter (tubo fino) y con el uso de rayos X, se navegará hasta la zona de la estrechez u oclusión vascular.

Una vez se atraviesa la estenosis con material endovascular específico, se avanza un balón montado sobre un fino catéter y se posiciona en la mitad de la estenosis. El balón se hincha (Angioplastia) hasta conseguir abrir la estrechez de la arteria.



Si la causa del problema lo requiere, entonces, de la misma manera que el balón ha sido colocado, una endoprótesis (muelle o stent) es colocado para mantener el vaso

sanguíneo abierto. En algunas ocasiones, principalmente cuando el vaso sanguíneo está completamente cerrado, el plan desde el inicio será colocar una endoprótesis (muelle o stent). Al final del procedimiento, se aplicará presión en el punto de punción (ingle o muñeca) para evitar el sangrado. En algunos casos se pueden utilizar dispositivos específicos, que ayudan al cierre del punto de entrada.

¿Cuáles son los riesgos?

Puede tener sangrado o hematoma en el punto de punción, que sólo en una minoría de los casos requiere de tratamiento específico. Infrecuentemente se puede producir lesiones del vaso en el sitio de la angioplastia, pudiendo ser necesarios, procedimientos adicionales para su reparación.

Las placas de aterosclerosis, que producen la estrechez, o un coágulo recién formado puede ocasionalmente desplazarse y causar una obstrucción del flujo, requiriendo un procedimiento adicional de corrección.

El uso de contrastes supone cierto riesgo de empeorar la función renal, si previamente estuviese disminuida, si bien se tomaran medidas para evitar o disminuir la probabilidad de que esto suceda.

¿Qué puedo sentir después del tratamiento?

Puede tener leve dolor en la zona de punción. En caso de haber tratado una arteria renal, podría ser necesario disminuir las dosis de medicación para la tensión arterial, según se lo indique su médico.

No se suelen tener otros síntomas derivados del tratamiento, a menos que se haya producido alguna complicación.

¿Cuál es el plan de seguimiento?

Si le han colocado una endoprótesis (muelle o stent), probablemente tendrá que tomar pastillas para prevenir los coágulos durante 3 a 6 meses. Tendrá que volver a la clínica para los seguimientos con su Radiólogo Vascular Intervencionista. Algunos médicos realizan pruebas de seguimiento anual para asegurarse que el sitio tratado se mantiene permeable. En algunos casos con el tiempo la arteria se puede re-ocluir, lo que sucede en el 10-15% de los casos, pudiendo ser necesario realizar un nuevo tratamiento.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Biopsia percutánea guiada con imagen

La biopsia percutánea consiste en tomar una muestra de tejido de un órgano con una aguja especial. Es un procedimiento seguro, efectivo y preciso para el diagnóstico de diferentes enfermedades, evitando la necesidad de una cirugía abierta en la mayoría de los casos.

¿Qué beneficios me aportará esta intervención?

El estudio del tejido obtenido mediante la biopsia percutánea permite conocer la naturaleza de una lesión, si es benigna o maligna y, clasificarla para elegir el tratamiento necesario.

También permite:

- Identificar marcadores y células tumorales.
- Analizar el nivel mutacional del tumor.
- Evaluar pacientes con sospecha de infección o con una infección conocida.
- Determinar la naturaleza y la extensión de una enfermedad difusa o sistémica.
- Asegurar que un órgano se encuentra sano antes de un trasplante.
- Buscar signos de rechazo de un órgano tras un trasplante.

¿Cómo me preparo antes de esta intervención?

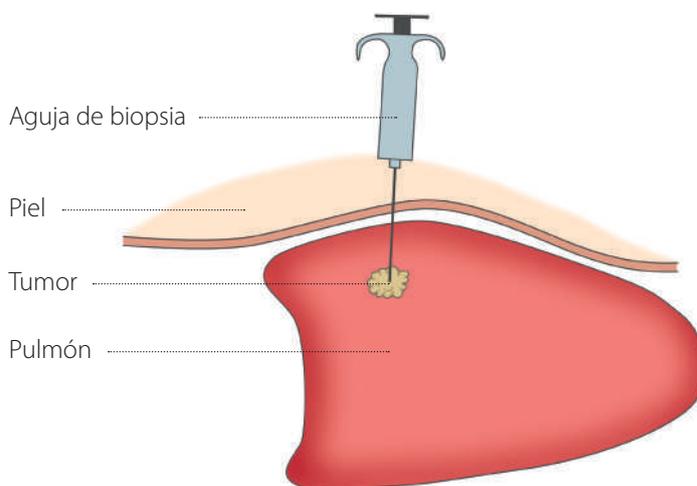
Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

La mayoría de las biopsias percutáneas se realizan de manera ambulatoria, sin necesidad de un ingreso hospitalario.

Se recomienda acudir acompañado, y es obligatorio si el procedimiento se realiza con sedación.

¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realiza con control de imagen, utilizando la ecografía, la TC, resonancia magnética, o la fluoroscopia (rayos x en vivo), o una combinación de las anteriores. El Radiólogo Vasculor Intencionista revisará las pruebas que le hayan realizado (TC, RM, PET-TC) para identificar la localización de la lesión y determinará cómo realizar la biopsia de la forma más segura.



En algunos casos, se requiere una vía venosa en la mano o en el brazo para administrar medicación intravenosa.

Además, se vigilarán las constantes vitales mediante monitorización. El procedimiento se realizará en condiciones aseptia. Inicialmente se realiza la desinfección de la piel y la administración de anestesia local cutánea. A continuación, se realizará una pequeña incisión y se insertará la aguja de biopsia para la toma de una pequeña muestra de tejido. Frecuentemente se toman varias muestras de tejido utilizando el mismo trayecto de la aguja.

En algunos casos, el procedimiento se realiza con sedación intravenosa y/o con medicación para aliviar el dolor.

Durante el procedimiento, el paciente recibirá instrucciones para facilitar la realización de la punción, ya que puede ser necesaria una inspiración profunda o mantenerse sin respirar unos segundos.

Ocasionalmente, el Radiólogo Vascolar Intervencionista puede inyectar material en el trayecto de la aguja de la biopsia al finalizar el procedimiento para reducir el riesgo de sangrado. La hemorragia tras la punción es generalmente de corta duración y se detiene mediante compresión manual. Después, se colocará un apósito en la zona de la punción. En algunos casos puede ser necesario realizar un control de imagen tras el procedimiento. Las muestras de tejido se preparan y se envían al laboratorio correspondiente.

¿Cuáles son los riesgos?

La biopsia percutánea es un procedimiento seguro con una baja tasa de complicaciones. Las complicaciones más frecuentes incluyen hematoma local, sangrado (generalmente menor), infección, perforación, lesión inadvertida de un órgano adyacente, o muy excepcionalmente la siembra del tejido en el trayecto de la aguja. También puede ocurrir que el tejido obtenido sea insuficiente y sea necesario repetirla.

Cada paciente y cada caso es diferente, y los riesgos varían en función del órgano o tejido sobre el que se realiza la biopsia.

¿Qué puedo sentir después de la intervención?

Puede ser necesario permanecer en una posición concreta y bajo vigilancia durante 1 a 6 horas. En el caso de biopsias con alto riesgo de hemorragia (por ejemplo, renal) puede ser necesaria la realización de un análisis de sangre y permanecer ingresado durante 24 horas.

¿Cuál es el plan de seguimiento?

Se programará una cita de seguimiento con su médico para recibir el resultado de la biopsia y adecuar el tratamiento.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Drenaje percutáneo de colecciones y abscesos

Una colección es un acúmulo anormal de líquido en un órgano del cuerpo que puede producirse por diferentes causas. Un absceso es un tipo de colección infectada. El cuerpo, como mecanismo de defensa, genera una pared alrededor del absceso para aislar su contenido y evitar que la infección se extienda.

Las colecciones líquidas anormales, como los abscesos, pueden ser drenados mediante la colocación de un tubo (drenaje o catéter) que se coloca en el interior de la colección a través de la piel (percutáneamente). Los Radiólogos Intervencionistas realizan este procedimiento de una manera mínimamente invasiva, utilizando técnicas de imagen como la ecografía o la TC para guiar la colocación del catéter.

El propósito del drenaje es:

- Establecer el diagnóstico (por ejemplo, determinar la naturaleza del líquido).
- Mejorar los síntomas y vaciar/drenar una colección de líquido infectado.
- Mejorar las condiciones clínicas del paciente, que permitan en un segundo tiempo la realización de otro procedimiento definitivo, reduciendo así la posibilidad de complicaciones graves.

¿Que beneficios me aportará este tratamiento?

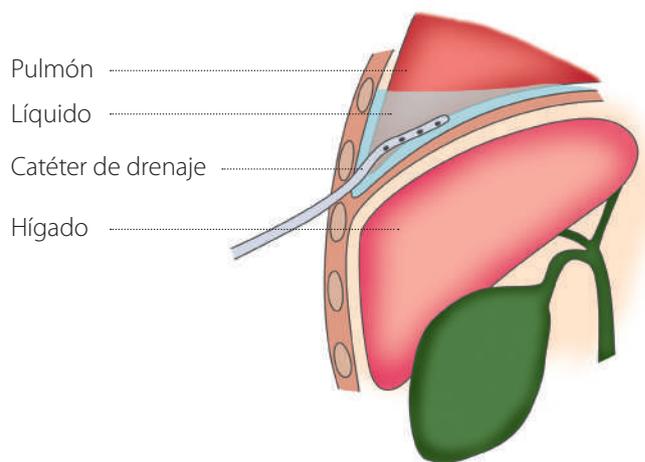
El drenaje percutáneo es generalmente la forma más segura, menos invasiva y más eficaz de drenar una colección de líquido anormal de un órgano. Generalmente, permite evitar una intervención quirúrgica más compleja e invasiva con una tasa mayor de complicaciones.

¿Cómo me preparo antes de este tratamiento?

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

¿Cómo se realiza?

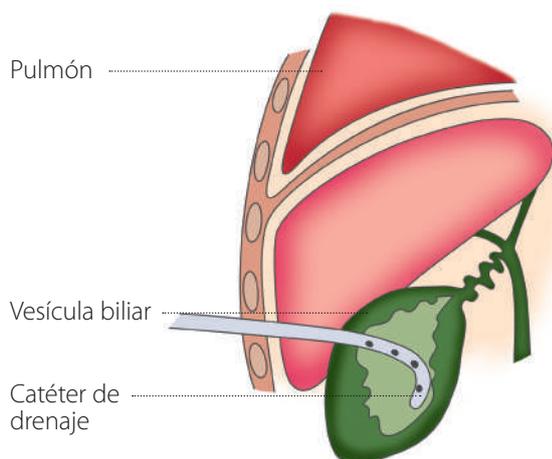
El Radiólogo Intervencionista realiza la intervención con un control de imagen, ya sea ecografía, TC o fluoroscopia (rayos x), o una combinación de las anteriores para guiar la colocación del drenaje de la forma más adecuada y segura.



Drenaje de líquido alrededor del pulmón

Antes el procedimiento, se marcará la localización en la piel por la que se va a acceder, se desinfectará con un líquido antiséptico y se administrará anestésico local.

Cuando la anestesia haya hecho efecto, si es necesario, se realiza una pequeña incisión (2-3 mm) y se avanza la aguja hasta la colección. Cuando la punta de la aguja está en el interior de la colección, se pasa una guía, que permitirá colocar el tubo de drenaje, el cual quedará alojado en el interior de la colección. El tubo se conecta a una bolsa externa en la que se recogerá el líquido que se drena. El catéter se fija a piel con diferentes dispositivos, para prevenir que se salga.



Drenaje de líquido de la vesícula biliar (colecistostomía)

¿Cuáles son los riesgos?

Las complicaciones menos frecuentes incluyen la lesión de estructuras próximas a la colección. La lesión accidental de vasos sanguíneos podría provocar un sangrado (hemorragia). Excepcionalmente si se produce entrada de agentes infecciosos (bacterias) en el torrente sanguíneo se puede ocasionar cuadro de infección grave, que se manejará mediante tratamiento específico.

¿Qué puedo sentir después del tratamiento?

Puede sentir dolor en el sitio de inserción del catéter. Si la colocación del drenaje se realiza con sedación, se recuperará rápidamente el control de las facultades físicas y mentales. Clínicamente, el drenaje de una colección permite reducir la fiebre, el dolor y mejorar los síntomas derivados de una infección.

¿Cuál es el plan de seguimiento?

Antes de recibir el alta hospitalaria, recibirá instrucciones claras sobre como lavar el catéter y cómo vaciar y cambiar la bolsa de drenaje, así como las indicaciones de cuándo acudir al médico. Puede ser necesario seguir un tratamiento antibiótico.

Se programará una cita con su médico para revisar el catéter, cambiar el apósito, evaluar los síntomas y valorar si queda líquido en la colección mediante una prueba de imagen (ecografía o TC). En ocasiones, será necesario mantener el catéter de drenaje durante semanas o meses. Cuando la mayoría del líquido haya sido drenado, el tubo puede ser retirado de manera rápida y sencilla.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Gastrostomía percutánea

Cuando un paciente no puede comer o beber, esto se puede subsanar con la colocación de una sonda de gastrostomía, que se coloca directamente en el estómago a través de la pared abdominal.

¿Qué beneficios me aportará este tratamiento?

Después del procedimiento, podrá ser alimentado a través de la sonda de gastrostomía y con eso, suministrar al cuerpo todas las calorías y nutrientes necesarios. Además, si tiene vómitos debido a que el vaciado normal del estómago está bloqueado, el vómito se puede parar drenando el contenido del estómago a través de la sonda.

¿Cómo me preparo antes de este tratamiento?

Deberá estar en ayunas durante 12 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones (anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

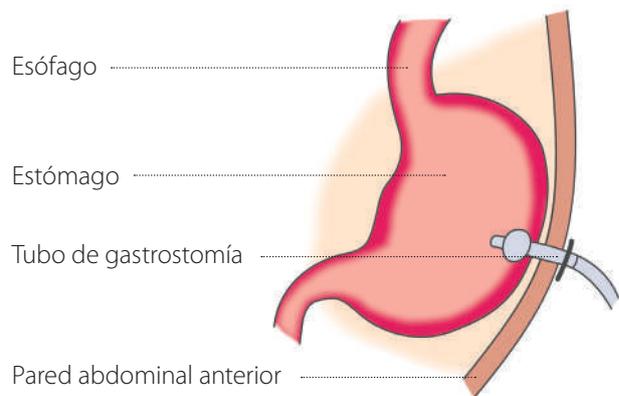
Otros medicamentos también pueden necesitar ser ajustados (p.e. la insulina si usted es diabético). También será necesario realizar una analítica de sangre completa, para asegurar una correcta coagulación.

¿Cómo se realiza?

Una gastrostomía se realiza con una combinación de anestesia local y analgesia y a veces sedación intravenosa.

Durante el procedimiento, el paciente se posiciona boca arriba y se vigilan las constantes vitales. Los líquidos y medicamentos necesarios durante el procedimiento se administrarán por vía intravenosa.

Si el paciente no porta sonda nasogástrica, se le colocará una ya que es necesario distender el estómago realizar la intervención.



Tubo de gastrostomía

El Radiólogo Intervencionista pinchará el estómago y lo fijará a la pared abdominal.

El orificio en la pared del estómago se dilata de forma progresiva para la colocación de la sonda de gastrostomía.

Se retira posteriormente la sonda nasogástrica (el tubo de la nariz), a veces en el mismo procedimiento, a veces más tarde en su habitación.

¿Cuáles son los riesgos?

Generalmente es un procedimiento seguro con pocas complicaciones.

Las complicaciones más comunes incluyen infección de la piel alrededor del punto de entrada de la gastrostomía y hematomas. Otras complicaciones incluyen sangrado, sonda malposicionada, hinchazón de estómago, náuseas o paso de líquido de la boca o estómago al tracto respiratorio (broncoaspiración).

¿Qué puedo sentir después del tratamiento?

El paciente puede experimentar molestias alrededor de la sonda en las primeras horas después del procedimiento.

El paciente puede llevar una bolsa de drenaje del contenido gástrico del cual será necesario tener mucho cuidado para no tirar y extraer el tubo. El momento para utilizar la sonda de gastrostomía para la alimentación depende del hospital.

¿Cuál es el plan seguimiento?

El paciente y la familia serán instruidos en: cómo reconocer y prevenir la infección alrededor de la sonda, cómo preparar y administrar la comida a través de ella y, qué hacer si el tubo se obstruye o si se sale. Se le informará sobre en qué momento se deben retirar las suturas y cambiar el catéter.

Se hará un seguimiento que requerirá ver al paciente con regularidad para comprobar las condiciones del estoma (sitio de acceso de la sonda), los cuidados necesarios con la sonda, el estado nutricional del paciente, el régimen de alimentación y el control del peso.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Catéter central de inserción periférica

Comúnmente conocido como PICC (por sus siglas en inglés). Se trata de un tubo (catéter) largo, fino y flexible que se introduce en una vena del brazo y que desemboca en las venas centrales del tórax. Un PICC permite la administración de medicación y fluidos.



Un ejemplo de un PICC

¿Qué beneficios me aportará este dispositivo?

El PICC permite administrar medicación intravenosa de una manera segura y efectiva. La duración del PICC puede ser de semanas o meses, eliminando la necesidad de pinchar las venas en numerosas ocasiones. Algunos medicamentos son potencialmente perjudiciales para las venas pequeñas; el PICC permite que estos medicamentos sean administrados directamente en venas de mayor calibre, que tienen menor probabilidad de ser dañadas.

¿Cómo me preparo antes de este tratamiento?

Debe decirle a su médico la medicación que está tomando, si tiene alguna alergia o si estuviera embarazada. Si fuera necesario también se realizará una analítica de sangre.

¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realizará en el departamento de Radiología Intervencionista. Un PICC se puede colocar en cualquiera de los dos brazos. Con guía ecográfica se identifica y escoge la vena más adecuada.

Se coloca un torniquete alrededor del brazo, y usando la guía ecográfica se localiza la vena y se inyecta anestesia local. La mayoría de las veces esta es la única parte dolorosa del procedimiento. Una vez desaparece el escozor de la anestesia, todo lo que el paciente siente es una pequeña presión. La medicación intravenosa para el alivio del dolor y la sedación no es necesaria en la mayoría de los casos.

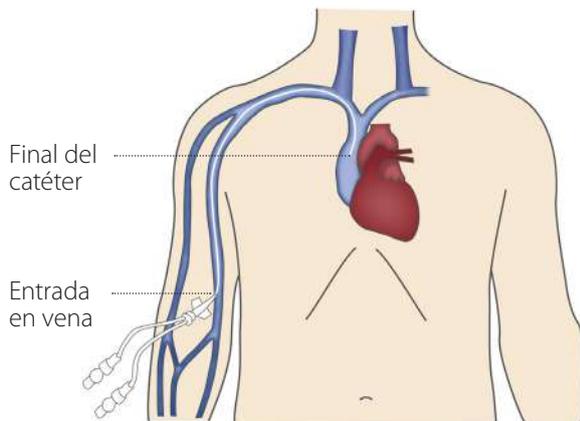
Una vez que el anestésico ha hecho su efecto, se pincha la vena con una aguja y se pasa una guía al interior del sistema venoso. A través de la guía se introduce el PICC.

Raramente es necesario inyectar contraste yodado para visualizar las venas. Una vez el PICC está en la posición correcta, se comprueba su correcto funcionamiento extrayendo sangre e inyectando suero salino estéril.

El punto de inserción se limpia, el catéter se cubre y se coloca un dispositivo de seguridad en ambas luces. Los componentes para cubrir al catéter normalmente incluyen un apósito adhesivo para mantenerlo en su sitio, y un apósito transparente que permite ver el punto de inserción.

¿Cuáles son los riesgos?

La inserción de un PICC tiene pocas complicaciones. Ocasionalmente, el catéter puede irritar la luz de la vena y causar estenosis o trombosis.



Localización del PICC

Esto suele ocurrir cuando el PICC se coloca en venas con menor calibre o durante un largo periodo de tiempo. Cualquier dispositivo insertado en el sistema vascular aumenta el riesgo de trombosis, lo que puede resultar en una obstrucción total o parcial del flujo.

La complicación más frecuente es la obstrucción del catéter, que se previene con un adecuado cuidado y manejo del catéter. Ocasionalmente es necesario cambiarlo por uno nuevo. El daño o rotura del catéter puede ocurrir en cualquier PICC, la causa más frecuente es por mal uso o cuidado del mismo. Por lo tanto es necesario seguir correctamente las instrucciones del cuidado y manejo del catéter, si existen dudas deberá consultar con su médico.

¿Qué esperar después del procedimiento?

A la mayoría de los pacientes a los que se le coloca un PICC se les da el alta hospitalaria poco tiempo después del procedimiento.

¿Cuál es el plan de seguimiento?

El paciente será informado sobre los siguientes aspectos clave sobre el cuidado:

- Mantener el punto de inserción limpio, seco y cubierto con un apósito.
- Seguir las instrucciones para el cambio de apósito. Normalmente esto se hace semanalmente; sin embargo, los cambios pueden ser necesarios más frecuentes, especialmente si el apósito está húmedo, sucio o pierde su capacidad adhesiva.
- Evitar coger peso o actividades que puedan hacer perder el PICC.
- Llevar el PICC sujeto a la superficie de la piel, ayuda a prevenir que se enganche y pueda retirarse de forma accidental.
- Consultar a su médico en caso de molestias en el brazo o sitio de inserción.

Existen circunstancias en las que es necesario limpiar la luz inyectando regularmente suero para disminuir el riesgo de desarrollar alguna complicación. Se le darán al paciente instrucciones claras si es necesario realizar esto.

Su médico le dirá cuánto tiempo debe portar el PICC, y le hará saber el plan para retirárselo.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.

Embolización de miomas uterinos

Los miomas son tumores benignos bastante comunes en el útero y son asintomáticos en la mayoría de las mujeres. Si son de gran tamaño o numerosos, pueden dar síntomas como el dolor o el sangrado abundante durante la menstruación.

La embolización de la arteria uterina es un procedimiento en el que el Radiólogo Vasculor Intervencionista a través del cateterismo de las arterias uterinas inyecta un fluido que contiene pequeñas partículas (material embolizante) para producir la oclusión de estas pequeñas arterias. Esto condiciona el cese del aporte sanguíneo al mioma y hace que éste disminuya significativamente su tamaño, así como los síntomas.

¿Qué beneficios me aportará el tratamiento?

Más del 80% de las mujeres tratadas con esta técnica afirman obtener una mejoría significativa en su calidad de vida y en los síntomas 1 año después del procedimiento. También pueden beneficiarse aquellas que tienen deseo de embarazo porque no se realiza una extirpación del útero (histerectomía). En este caso debería comunicarlo a sus médicos y saber que no debe quedarse embarazada durante los 6 meses siguientes al procedimiento.

¿Cómo me preparo antes de este tratamiento?

Deberá estar en ayunas durante 6-8 horas antes del procedimiento. Si toma alguna medicación avise a su médico ya que algunas medicaciones deben ser suspendidas o cambiadas antes del procedimiento, especialmente algunas medicaciones

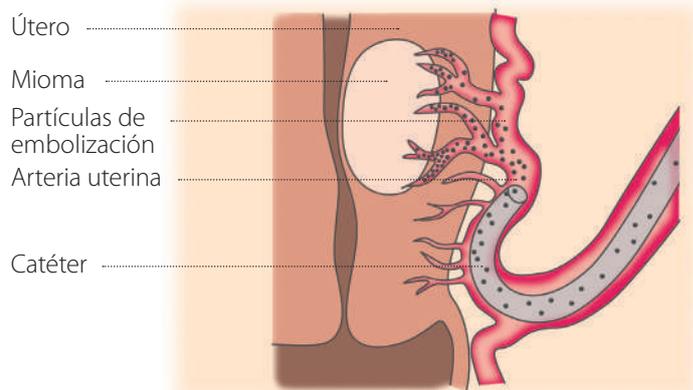
(anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios). Si usted es alérgico a alguna medicación debe hacérselo saber a su médico. Si ha tenido fiebre en los días previos, también debe notificarlo.

El equipo que le va a intervenir también necesita saber si usted es portadora de un DIU (dispositivo intrauterino), ya que podría ser necesario retirarlo antes del procedimiento.

¿Cómo se realiza?

Durante el procedimiento sus constantes vitales estarán vigiladas y se administrará la medicación necesaria a través de una vía venosa periférica. Al inicio del procedimiento se le administrará sedación.

En muchos hospitales se conecta una bomba de perfusión con medicación para disminuir el dolor y las náuseas, que se mantiene durante el procedimiento y unas horas después. En este caso la paciente se podrá auto administrar la medicación según su percepción del dolor. A esto se le conoce como analgesia controlada por el paciente



Distribución de las partículas de embolización a través del catéter

Antes de empezar el médico o el equipo de enfermería limpiará su ingle (acceso femoral) o muñeca (acceso radial) o brazo (acceso braquial/humeral) con una solución antiséptica y le cubrirá con paños estériles. Esta es la puerta de entrada a las arterias que conducen a los vasos que irrigan el útero.

El procedimiento puede llevarse a cabo desde una sola ingle o bien pinchando las dos ingles. Dependiendo del caso y el material disponible también pueden utilizarse como puerta de entrada la muñeca o el brazo.

Se administrará anestesia local sobre el sitio de acceso elegido para luego insertar una aguja que permite introducir el catéter. Mediante la guía de imágenes de Rayos X, su Radiólogo Vasculor Intervencionista dirigirá el catéter al interior de ambas arterias uterinas. Una vez posicionado correctamente y de forma segura el catéter en la arteria, se inyectará un material embolizante con el objetivo de ocluir el flujo sanguíneo que nutre a los miomas. Durante y después de la embolización, la paciente puede experimentar dolor. Éste se tratará mediante la administración de analgesia intravenosa y/o la autoadministración de medicación si se ha colocado bomba de perfusión (analgesia controlada por el paciente, descrita previamente).

Cuando el Radiólogo Vasculor Intervencionista ha terminado, se extraen los catéteres y se presiona sobre la zona de punción para cerrar el acceso arterial. Si la punción se ha realizado en la ingle, puede ser necesario que la paciente no mueva las piernas y se mantenga tumbada las siguientes 4-8 horas al procedimiento con el fin de evitar un sangrado. Si hay variaciones en éstos cuidados, su médico se lo comunicará.

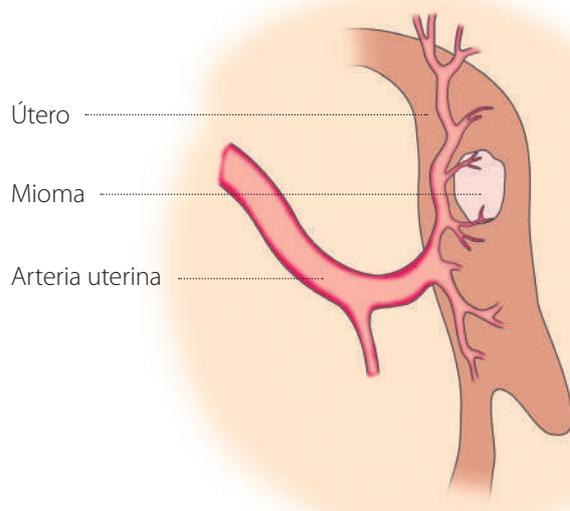
¿Cuáles son los riesgos?

En un 2% las pacientes pueden padecer una infección. Los signos son dolor severo, hipersensibilidad en la zona de la pelvis y aumento de la temperatura corporal. La mayoría de estas infecciones se tratan con antibióticos. En casos extremadamente raros, si la infección es muy severa, puede llegar a requerir una intervención quirúrgica para extirpar el útero (histerectomía).

A la mayoría de las pacientes les lleva entre 6 a 9 meses volver a presentar reglas regulares. Alrededor del 2-4% de las mujeres, especialmente las que están en torno a los 45 años, experimentan menopausia precoz.

¿Cuál es el plan de seguimiento?

En la habitación usted estará monitorizada las primeras horas. Cuando pueda comer y beber, caminar e ir al baño sin ayuda, y controle el dolor con medicación oral, podrá ser dada de alta. Algunas pacientes necesitan estar en el hospital más de 24 horas.



La embolización produce la reducción del tamaño del mioma.

Una vez dada de alta, el equipo de Radiología Intervencionista o de Ginecología le citará para el seguimiento en 4-6 semanas, y se le realizará una resonancia magnética o ecografía a los 6-9 meses del procedimiento para comprobar el efecto de la embolización.

¿Qué puedo sentir después del tratamiento?

Cuando la paciente vuelve a casa es aconsejable descansar unos días ya que la mayoría de pacientes sienten dolor, que puede variar desde molestias leves a severas. También puede aparecer incremento de la temperatura hasta 38°C; estos síntomas son esperables las primeras 24-72 horas.

El dolor y la fiebre se pueden controlar con analgesia y antipiréticos orales. Es posible presentar secreción vaginal tras el procedimiento por el infarto o la degeneración del mioma que puede persistir hasta dos semanas o ser intermitente durante varios meses. Si esta secreción empieza a oler y se asocia a fiebre, existe la posibilidad de infección y debe acudir a su médico urgentemente.

www.cirse.org/patients

Este documento contiene información médica general. La información no está destinada o implica ser un sustituto de consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional médico.