**INFORMACIÓN DE EMBOLIZACIÓN DE VARICES PÉLVICAS**

Información

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**1- EN QUE CONSISTE. PARA QUE SIRVE**

Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones pertinentes encontrando que el dolor pélvico crónico que tiene se debe a unas venas dilatadas en la pelvis (varices pélvicas). La embolización es una intervención cuyo objetivo es tratar las varices de las venas de la pelvis que usted presenta mediante taponamiento de las venas ováricas y/o pélvicas insuficientes. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Debe conocer que no en todos los casos se consigue la desaparición o disminución de los síntomas

**2-¿CÓMO SE REALIZA?**

Se le puncionará una vena (en la ingle, en el cuello o en el brazo), utilizando anestesia local. A continuación, se introducirá un tubo (catéter) por el que se inyecta un medio de contraste que permite ver las venas en las radiografías. Posteriormente se avanzará el catéter hasta las venas afectadas (ováricas, pélvicas, etc.), y se introducirán distintos materiales (espirales metálicas –coils-, tapones vasculares, agentes esclerosantes, etc.), solos o combinados, para ocluir dichas venas. Se utilizará sedación y analgesia para evitarle molestias durante la misma (los anestesistas le explicarán los riesgos específicos)

Este tipo de procedimiento requiere la utilización de contrastes radiológicos y rayos X para poder ver bien el territorio en el que estamos trabajando.

Puede precisar vigilancia en unidad de cuidados al menos 24h posterior a la realización de la cirugía.

**Cuánto dura:** de 120 a 180 minutos aproximadamente.

**3.- ¿QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ?**

Como consecuencia de la intervención, podrían aparecer síntomas tales como malestar, fiebre y dolor en pelvis, que suelen persistir entre tres y cinco días y habitualmente ceden con tratamiento médico.

**4.- ¿EN QUÉ SE BENEFICIARÁ?**

Se espera que sus síntomas desaparezcan o mejoren. Sin embargo, no hay garantías de que esto sea así incluso con un éxito técnico.

**5- OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO.**

En la actualidad no existe un tratamiento quirúrgico que tenga menos riesgo que esta intervención. Si bien puede optar por tratamiento médico, como analgésicos y anovulatorios. El equipo de Cirujanos Vasculares ha considerado que la cirugía abierta no es una técnica indicada en su caso.

**6-¿QUÉ RIESGOS TIENE?**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

**Riesgos más frecuentes**

**Por puncionar la vena:**

* Pueden aparecer hematomas.
* Es posible que se haga una lesión en la vena o incluso que se rompa. Se producirá un hematoma importante o una hemorragia.
* Pueden quedar “comunicadas” la vena y la arteria que está a su lado (fístula arterio-venosa).
* Pueden formarse trombos en la vena que se ha pinchado.
* En ocasiones estas complicaciones pueden ser importantes e incluso necesitar una operación posterior, muchas veces de urgencia.
* Poco frecuente: Imposibilidad de completar el procedimiento a través de los catéteres y necesidad de realizar otro tipo de intervención. Este hecho puede suponer un cambio en el tipo de anestesia utilizada y la realización de una operación abierta convencional.
* Poco frecuente: En caso de sangrado masivo, puede ser necesario realizar transfusiones de sangre y/o hemoderivados.

**Complicaciones derivadas del uso de agentes embolizantes:**

**Son poco frecuentes:**

* Pueden producirse síntomas tales como malestar, dolor local, inflamación en la zona, fiebre, nauseas y vómitos, que pueden persistir varios días y que habitualmente ceden con tratamiento médico.
* Trastornos transitorios de la motilidad o sensibilidad en los músculos y piel adyacentes al área tratada.
* Olor ácido de orina durante 3-7 días debido a la metabolización de algunos de los productos utilizados para embolizar.
* Lesión de nervios cercanos a la zona de embolización pudiéndose producir alteraciones motoras (parálisis) o sensitivas (parestesias) en la zona correspondiente al nervio dañado, que podrían ser temporales o permanentes.
* Obstrucción de vasos sanguíneos en lugares no deseados (venas sanas).
* Paso de coágulos o de material de embolización hasta el pulmón (embolia pulmonar) lo que puede dar lugar a complicaciones graves.
* En ocasiones estas complicaciones pueden ser importantes e incluso necesitar una operación posterior, muchas veces de urgencia.

**Por el uso de contrastes radiológicos:**

* Fracaso del riñón, que es el encargado de eliminar y depurar el contraste del cuerpo después de la prueba. Suele ser reversible. En algunas ocasiones muy raras puede provocar una insuficiencia renal irreversible que haga necesaria la diálisis.
* Pueden producirse reacciones alérgicas al contraste, desde leves (picores o enrojecimiento de la piel) hasta muy graves (shock anafiláctico).
* Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

**Riesgos específicos de uso de RX**

Se le ha indicado un procedimiento en el que se utilizan rayos X. El riesgo potencial de la radiación incluye:

Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. este riesgo es menor del 0.5%, por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer en la población, que es del 33% para mujeres y del 50% para hombres, de acuerdo a la Sociedad Americana de Cáncer.

Por la complejidad del mismo es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación, por lo que existe un riesgo potencial que puede incluir lesiones en piel. Su frecuencia es baja pero en algunos casos se ha detectado desde enrojecimiento y quemaduras a ulceraciones severas, así como depilación (temporal o permanente). La posibilidad de que aparezcan depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación debida a procedimientos previos, enfermedades o predisposición genética. Usted y su familia serán advertidos i se usan unos niveles altos de radiación durante la realización del procedimiento. Si esto ocurriera recibirá instrucciones para que usted o un familiar compruebe la posible aparición de los efectos mencionados y sea posible realizarle un seguimiento.

**Riesgos personalizados**

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones .

Las complicaciones pueden hacer imprescindible nuevas intervenciones quirúrgicas para solucionarlas. Si se presentasen, Vd. y/o sus familiares serían informados tan pronto fuera posible, tanto de la complicación como de las medidas que se propongan o adopten para intentar resolverla.

**7-¿QUIÉN ME LO VA HACER?**

Será realizado por los Cirujanos Cardiovasculares de……

**8- EFECTOS DE LA NO REALIZACIÓN:**

La no realización de este procedimiento supone dejar la enfermedad a su evolución natural. He comprendido que mis síntomas continuarán.

**9-EN CUALQUIER CASO, QUIERO QUE SE RESPETEN LAS SIGUIENTES OBJECIONES**

…....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**10.- OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO**

* A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
* A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
* También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EMBOLIZACIÓN DE VARICES PÉLVICAS**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE sera necesario el consentimiento del de/de la representante legal)

(En caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento, lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendiemi9ento y, si tiene mas de 12 años, se escuchara su opinión. Si el paciente esta emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo en caso de actuacion de grave rieesgo, según el criterio facultativo, los representantes legales serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión

**11- DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)**

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE DNI/NIE

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DNI/NIE

**12- PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE FECHA FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRE FECHA FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRE FECHA FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRE FECHA FIRMA

**13- CONSENTIMIENTO**

YO, D/Dña: ,manifiesto testo que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leido y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. Tambien sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_\_SI\_\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de intervención.

\_\_\_\_SI\_\_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_\_SI\_\_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pogan en contado conmigo para solicitarme consentimento.

\_\_\_\_SI\_\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

En a de de

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Fdo.:

**14- RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

Yo, D/Dña, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En a de de

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Fdo.:

**15-REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En a de de

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Fdo.: