



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS MIOMAS MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nº Historia: Doña:de..... años de edad (nombre y apellidos) con domicilio en y DNI Nº.....

EN CASO DE REQUERIR REPRESENTANTE LEGAL: Don/Doña:deaños de edad (nombre y apellidos del representante legal)con domicilio en y DNI Nº.....en calidad de de Doña: (nombre y apellidos del representante legal de la paciente)

DECLARO

Que el Doctor/a(nombre y apellidos del facultativo que proporciona la información) me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar tratamiento quirúrgico mediante ablación de mioma por radiofrecuencia.

1. La miomectomía es la extirpación quirúrgica de uno o varios tumores uterinos (miomectomía simple o múltiple), denominados miomas, respetando el útero donde asientan. La intervención puede realizarse mediante laparotomía, histeroscopia, o laparoscopia.

2. La ablación de los miomas por radiofrecuencia es un tratamiento alternativo a la miomectomía, reconocido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que consiste en la aplicación de calor en el interior del mioma, lo cual conseguirá una necrosis del tejido y éste irá reabsorbiéndose con el tiempo. La vía de abordaje es la vía vaginal.

3. En mi caso concreto, la técnica que va a utilizarse es la.....

4. Aunque en principio siempre el fin primordial es respetar el útero, ocasionalmente y debido al lugar donde asiente/n la/s tumoración/es, a sus dimensiones y a la existencia de complicaciones intraoperatorias, fundamentalmente hemorragia, puede ser necesario realizar una histerectomía (extirpación del útero). En cuyo caso supondrá la no posibilidad de tener hijos así como la ausencia de menstruaciones.

Asimismo, entiendo que la extirpación del o de los miomas no garantiza que en un futuro no puedan aparecer otros. Tampoco se puede garantizar, en casos de miomas múltiples o adenomiomas, la extirpación de la totalidad de los mismos, bien por su naturaleza, situación, por hacer peligrar la integridad del útero o por ser demasiado pequeños para su detección macroscópica.

5. En el caso de la ablación de los miomas por radiofrecuencia, la mayoría de los miomas reducen su tamaño entre 3 y 6 meses después de la aplicación de la radiofrecuencia, aunque no puede garantizarse en todos los casos.

6. Bien por la naturaleza del mioma, tamaño o la situación del mioma hay riesgos de complicaciones, y/o fracasos: Toda intervención sobre el útero, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada... etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad. Las posibles complicaciones específicas de la extirpación de miomas son hemorragia intra o post-operatoria, lesión vesical o ureteral, lesión de la porción intersticial de la trompa de Falopio, infección, endometritis, miometritis, adherencias pélvicas, adherencias intrauterinas, miomectomía imposible o incompleta, apertura de la cavidad uterina, y sus repercusiones sobre gestaciones posteriores. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

7. Las complicaciones específicas del tratamiento de miomas mediante radiofrecuencia son las lesiones térmicas derivadas de la técnica. En los casos en los que el volumen del/los miomas sean muy grandes, existe mayor probabilidad de reacción inflamatoria excesiva por el volumen de necrosis, con mayor probabilidad por tanto de sobreinfección, y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

8. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

9. Alternativas: Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas médicas (DIUs de levonorgestrel, progestágenos, análogos de las gonadotropinas, danazol, acetato de ulipristal), y quirúrgicas (miomectomía, histerectomía).

10. Anestesia: La ablación de miomas por radiofrecuencia se realiza mediante sedación, mientras que la miomectomía por otras vías suele precisar efectuarse bajo anestesia general, en cualquier caso, tanto la técnica anestésica, como el riesgo anestésico será valorado bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

11. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

12. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO**

Que se me realice una ABLACIÓN DE MIOMA POR RADIOFRECUENCIA

En (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DOÑA: de años de edad (nombre completo paciente) con domicilio en y DNI Nº.....

EN CASO DE REQUERIR REPRESENTANTE LEGAL:

Don/Doña: de años de edad (nombre y apellidos del representante legal, familiar o allegado de la paciente) con domicilio en y DNI Nº..... en calidad de de Doña: (Nombre y apellidos de la paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)