

Consentimiento informado específico

Embarazo con mioma subseroso grande o pediculado

Mioma FIGO tipo 6 de 7 cm o más, o FIGO tipo 7 (pediculado), que se decide no extirpar antes de la gestación.

Anexo del **Algoritmo Miomas 2026** (nodos 1.3d, 1.3e y 1.3f) · Revisión del Protocolo Miomas 2025 de la Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis (SEEME) · Autora del protocolo: Dra. María Luisa Cañete · Cara 1 de 2



1 · Identificación y hallazgo ecográfico

Paciente		DNI/NIE · NHC	
Fecha de nacimiento		Fecha de la información	
Médico/a que informa		Nº de colegiado	

Mioma	FIGO (6 / 7)	Diámetro mayor (cm)	Volumen (mL)	Base o pedículo (mm)	Localización
1					
2					

☐ Pedículo estrecho (menos de 3-4 cm): **mayor riesgo de torsión** ☐ Mioma móvil o de localización abdominal alta ☐ Segmento uterino inferior o cervical

☐ Episodio previo de dolor por el mioma ☐ Crecimiento documentado: de ____ a ____ cm en ____ meses ☐ Edad 35 años o más ☐ Reproducción asistida prevista

2 · Por qué se me recomienda buscar el embarazo sin operar antes

- **Este tipo de mioma no dificulta quedarse embarazada.** Los miomas subserosos no reducen la fertilidad ni las tasas de nacido vivo, y extirparlos solo por este motivo no está recomendado.
- **No aumenta el riesgo de aborto:** los miomas mayoritariamente subserosos o pediculados no se asocian a pérdida gestacional temprana, y la mayoría de las mujeres con miomas tienen un parto sin complicaciones.
- **Operar antes supone retrasar el embarazo:** la cirugía y la anestesia tienen sus propios riesgos, pueden crear adherencias alrededor de las trompas y, en un mioma de base ancha, dejan una cicatriz en el útero. Tras una miomectomía suele esperarse entre 3 y 6 meses antes de buscar gestación, y los miomas reaparecen en el 34-42% de los casos a los 3 años.
- Con la edad, cada mes de retraso reduce las probabilidades de embarazo.

3 · Lo que acepto al no extirpar el mioma antes del embarazo

1. **Degeneración roja.** Es la complicación más frecuente de los miomas en el embarazo, en torno al **8%**. El mioma se infarta y produce dolor intenso, sobre todo al final del primer trimestre y durante el segundo. Suele tratarse con analgésicos e ingreso, **sin cirugía**.
2. **Torsión del mioma pediculado.** El mioma gira sobre su pedículo y deja de recibir sangre. Al principio se parece a la degeneración, pero **es una urgencia que necesita cirugía**, también durante el embarazo.
3. **La frecuencia exacta de necrosis o torsión en miomas como el mío no se conoce.** No hay estudios que la midan para miomas tipo 6 de 7 cm o más ni para los tipo 7. Entiendo que el riesgo es **real aunque no esté cuantificado**, no que sea nulo.
4. **Cirugía durante el embarazo.** Si es necesaria, conlleva riesgo de hemorragia, parto pretérmino y pérdida del embarazo. En una revisión de 97 casos, la cirugía se hizo hacia la semana 16 y en la mayoría el embarazo siguió adelante con buen resultado.
5. De forma muy infrecuente, un mioma necrosado puede **infectarse (piomoma)** y requerir cirugía urgente.

4 · Riesgos durante el embarazo y el parto según el tamaño del mioma

Resultado (cohorte de 550 gestaciones con mioma)	Menor de 5 cm	5-10 cm	Mayor de 10 cm
Parto pretérmino (antes de 37 semanas)	12,3%	24,1%	36,1%
Feto mal colocado al final del embarazo	13,3%	21,1%	47,2%
Cesárea	56,6%	67,3%	92,1%
Hemorragia posparto	1,3%	11,6%	30,6%
Transfusión	3,8%	23,2%	46,0%
Ingreso del recién nacido en neonatología	11,6%	21,6%	32,4%

Además, los miomas de más de 200 mL (unos 7-8 cm) se asocian al mayor riesgo de desprendimiento de placenta. Los situados en el segmento inferior aumentan la probabilidad de cesárea (86% frente al 40%) y de hemorragia posparto (22% frente al 11%). Son cifras de estudios observacionales: indican un riesgo mayor, no una certeza para mi caso.

Consentimiento informado específico

Embarazo con mioma subseroso grande o pediculado

Mioma FIGO tipo 6 de 7 cm o más, o FIGO tipo 7 (pediculado), que se decide no extirpar antes de la gestación.

Anexo del **Algoritmo Miomas 2026** (nodos 1.3d, 1.3e y 1.3f) · Revisión del Protocolo Miomas 2025 de la Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis (SEEME) · Autora del protocolo: Dra. María Luisa Cañete · Cara 2 de 2



Paciente		NHC		Fecha	
----------	--	-----	--	-------	--

5 · Cómo lo notaría y qué debo hacer

Debo pensar en degeneración o torsión si tengo: **dolor abdominal intenso y brusco** sobre la zona del mioma; dolor que **no cede** con el analgésico o empeora en horas; náuseas o vómitos con el dolor; **fiebre**; abdomen distendido o muy doloroso al tocarlo; y, si estoy embarazada, contracciones, sangrado o menos movimientos del bebé.

Acudiré a Urgencias sin esperar a la siguiente cita y diré que tengo un **mioma subseroso grande o pediculado conocido**, enseñando la tarjeta de abajo. Ese dato cambia lo que el médico de guardia debe sospechar.

6 · Qué se haría si ocurre

Ingreso, sueros, analgesia y ecografía o resonancia. Los antiinflamatorios se usan como máximo unas 48 horas y **no después de la semana 30** por sus efectos sobre el bebé, así que puede ser necesario otro analgésico. Se plantea **cirugía** si hay torsión, si el dolor persiste tras unas 72 horas de tratamiento o si hay infección o dudas en el diagnóstico.

7 · La alternativa: quitar el mioma antes del embarazo

Se me ha ofrecido la **miomectomía previa**, habitualmente por laparoscopia. Elimina el riesgo de torsión y degeneración de ese mioma, permite analizarlo al microscopio y se hace en condiciones programadas y no urgentes. A cambio, supone cirugía y anestesia, un retraso del embarazo y, si la base del mioma es ancha, una cicatriz en el útero.

Si mi mioma es pediculado, se me ha explicado que su extirpación es técnicamente sencilla y apenas deja cicatriz en el útero, por lo que **la balanza está más igualada** que en el mioma de base ancha. Radiofrecuencia, HIFU y embolización no son opciones adecuadas: dejan el mioma en su sitio y no evitan la torsión.

8 · Plan si me quedo embarazada

- Informar del mioma** en la primera consulta de embarazo.
- Ecografías seriadas** del crecimiento del bebé y del mioma; vigilancia reforzada en el tercer trimestre si mide más de 5 cm.
- Si mide **más de 10 cm**, plan de parto con varios especialistas, en un hospital con sangre disponible y anestesia experta.
- Vía de parto** según la localización del mioma: si no bloquea el canal del parto, puede intentarse el parto vaginal.
- Durante una cesárea **no se suele quitar el mioma** porque aumenta la hemorragia; la excepción es el pediculado, que puede extirparse con seguridad.

9 · Mi decisión y declaraciones

- ☐ **Busco el embarazo sin extirpar el mioma**, con las instrucciones de alarma de este documento.
- ☐ **Prefiero la miomectomía antes de buscar el embarazo** (consentimiento quirúrgico aparte).

Declaro que se me ha informado **antes de que ocurra ninguna complicación** de que el mioma puede degenerar o retorcerse, con dolor intenso, ingreso o cirugía urgente, también en el embarazo; que la frecuencia exacta no se conoce; que no tener síntomas hoy no garantiza que no aparezcan; y que ninguna de las dos opciones elimina todos los riesgos. He podido preguntar, decido libremente y puedo **cambiar de decisión o revocar** este consentimiento en cualquier momento.

	Nombre y apellidos	Firma	Fecha
Paciente			
Médico/a			

Revocación. Revoco el consentimiento prestado el ____/____/____.
Firma: _____

✂ ----- Recortar y llevar siempre consigo ----- ✂

Tengo un mioma uterino subseroso grande / pediculado conocido

Tipo FIGO: ____ · Tamaño: ____ cm · Pedículo: ____ mm · Última ecografía: ____/____/____ · Centro y teléfono: _____ · ☐ Embarazada, semanas: ____

Si tengo dolor abdominal intenso o brusco, dolor que no cede con analgésicos, vómitos o fiebre, acudo a Urgencias y enseño esta tarjeta.

Puede ser una degeneración o una **torsión del mioma: la torsión requiere cirugía urgente.**

Nota para el profesional. Registrar tipo FIGO, diámetro, volumen y **anchura de la base o del pedículo**: es el dato que más condiciona la torsión y el que falta al revisar un caso. Dejar constancia de la entrega del documento y de la tarjeta. En el Algoritmo Miomas 2026: intentar gestación en subserosos (1.3d, ⊕⊕○○, sugerimos); consentimiento explícito en subserosos de más de 8 cm (1.3e, recomendamos); rama propia del pediculado ofreciendo miomectomía previa (1.3f, sugerimos).

Fuentes. Fibroids and pregnancy, FIGO / Int J Gynaecol Obstet 2025: [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12724024](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12724024) · Cohorte por tamaño del mioma (651 gestaciones, 550 en curso), 2025: [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12492596](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12492596) · Miomas subserosos y fertilidad: [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13215010](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13215010) · Fibroids and infertility, Int J Gynaecol Obstet 2026: [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13278667](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13278667) · Myomectomy during pregnancy, revisión sistemática: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32919229 · Torsión de mioma en el embarazo: [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5421091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5421091) · Piomioma: [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11342796](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11342796)