

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN TUMORAL HEPÁTICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en destruir células tumorales hepáticas (hígado), sin cirugía ni quimioterapia, mediante la aplicación, dentro del tumor, de calor (Radiofrecuencia, Microondas o Electroporación), o frío extremo (Crioablación), según sus circunstancias personales y las características del tumor.

Se hace llegar una aguja fina hasta la lesión que se va a tratar, utilizando como guía alguna técnica radiológica y contraste iodado, para dirigir y situar de forma muy precisa la aguja. Después se aplica la energía de manera controlada mediante alguna de las técnicas citadas con anterioridad.

Podrá irse a casa el mismo día o tras el tiempo necesario de recuperación.

La finalidad de la técnica es eliminar la lesión tumoral, sin lesionar el tejido hepático sano que lo rodea y disminuir o eliminar el dolor.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Dolor local.
- Náuseas.
- Fiebre y malestar general.
- Infección de la piel en el lugar de punción.
- Aumento transitorio de las transaminasas.
- Derrame pleural leve (acumulación de líquido adicional en el espacio entre los pulmones y la pared torácica).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Hemorragia interna.
- Perforación intestinal en el caso de que la lesión se encuentre cerca del intestino.
- Inflamación de la vesícula biliar.
- Infección o absceso intraabdominal.
- Trombosis en la vena porta (coágulo en el interior del vaso sanguíneo que irriga el hígado).
- Diseminación del tumor a través del tracto de la aguja de punción (poco frecuente).
- Quemaduras de la piel en el lugar donde se colocan los "parches/electrodos".
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.

- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía.
- Quimioterapia o radioterapia.
- Quimioembolización o radioembolización.

AUTORIZACIÓN PARA "ABLACIÓN TUMORAL HEPÁTICA"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Digestivo

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: