

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La radioembolización es un tratamiento eficaz para algunos pacientes con cáncer primario de hígado o metástasis en hígado de otros tumores.

Consiste en la introducción de pequeñas partículas (microesferas) cargadas con un isótopo (itrio 90), a través de un catéter colocado en la arteria hepática. Estas esferas producen oclusión de los vasos sanguíneos e irradiación localizada en las zonas afectadas por su enfermedad. Para completar el tratamiento es necesario realizar varias sesiones.

En cada una de estas sesiones se pincha un vaso sanguíneo (generalmente en la ingle) y se introduce un tubo fino (catéter) por el que se inyecta un medio de contraste que contiene yodo y que permite ver los vasos sanguíneos y las lesiones del hígado mediante imágenes de Rayos X.

Se utilizará sedación y analgesia para evitar molestias durante la misma.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la técnica es controlar el crecimiento de las células tumorales y en algunos casos destruirlas.

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:

- Malestar, cansancio, fiebre, náuseas y dolor.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Obstrucción venosa en el vaso que se pincha (trombo).
- Obstrucción de vasos en órganos no deseados, que puede conducir a complicaciones graves.
- Lesión de arterias durante el procedimiento.
- Infección de hígado (absceso), de la vesícula (colecistitis) o generalizada (sepsis).
- Empeoramiento en el funcionamiento del hígado.
- Neumonitis por radiación.
- Lesiones por irradiación (úlceras, etc.) en órganos no deseados.
- Reacción alérgica o de intolerancia al material embolizante.
- 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. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile

la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. 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.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Fallo hepático.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

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, también si es portador de marcapasos u otros dispositivos electrónicos. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Coagulopatía no corregible.
- Insuficiencia renal grave no controlada.
- Reacción anafiláctica grave a los medios de contraste yodados.
- Enfermedad extrahepática potencialmente mortal de forma inmediata.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Técnicas de ablación.
- Quimioembolización.
- Quimioterapia sistémica.
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “RADIOEMBOLIZACIÓN 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.

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: