

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN TUMORAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

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

Se introduce una aguja fina hasta la lesión que se va a tratar, utilizando como guía alguna técnica radiológica (escáner, ecografía...) y contraste yodado, para dirigir y situar de forma muy precisa la aguja. Después se aplica la energía de manera controlada con 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 sano que lo rodea y disminuir o eliminar el dolor si lo hubiese.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor local tras la intervención.
- Náuseas.
- Fiebre y malestar general.
- Infección de la piel en el lugar de punción.
- Aumento transitorio de las transaminasas.
- Derrame pleural leve, si el tumor tratado está cerca de la pleura (tejido que recubre las paredes de la cavidad torácica y los pulmones).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Hemorragia interna.
- Daño en órganos cercanos al tumor (intestinos, vesícula, vía urinaria del riñón, etc.) que puede necesitar intervención quirúrgica.
- Infección o absceso.
- Trombosis (coágulo en el interior de un vaso sanguíneo).
- Diseminación del tumor a través del trayecto 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 o si es alérgico al contraste. 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.

AUTORIZACIÓN PARA “ABLACIÓN TUMORAL”

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:



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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: