

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN TUMORAL DE PULMÓN

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en destruir células tumorales del pulmón (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 introduce una aguja fina hasta la lesión que se va a tratar, guiándose mediante un TC (tomografía computarizada), para dirigir y situar de forma muy precisa la aguja. Después se aplica la energía de manera controlada.

La finalidad de la técnica es eliminar la lesión tumoral, sin lesionar el tejido pulmonar 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 en la zona de punción o en ambos lados del tórax.
- Náuseas.
- Fiebre y malestar general.
- Infección de la piel en el lugar de punción.
- Entrada de aire en la pleura (tejido que recubre las paredes de la cavidad torácica y los pulmones), tras la punción, que puede necesitar un tubo de drenaje durante unos días.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Hemorragia interna.
- Infección o absceso.
- 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".
- 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)*

- |                                     |  |                                     |   |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene   | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia     | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> .....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 DE PULMÓN”

Yo, D./D.<sup>a</sup> , como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, parente/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.<sup>a</sup> , 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: