

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ALCOHOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE UN TUMOR

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

La técnica consiste en destruir quistes o células tumorales del hígado, riñón o bazo.

También se utiliza en el tratamiento paliativo de tumores cuando el paciente no es candidato a cirugía, como tratamiento previo a la cirugía para mejorar su rendimiento o como complementario a radioterapia o quimioterapia.

Tras realizar una pequeña incisión en la piel, se introduce una aguja fina hasta la lesión que se va a tratar, guiándonos mediante ecografía o TC (escáner) para dirigir y situar de forma muy precisa la aguja. Después se inyecta una cierta cantidad de alcohol estéril para producir la destrucción de las células que forman la lesión.

En determinados casos, se deja colocado un pequeño catéter durante unos días.

La finalidad de la técnica es eliminar el quiste o la lesión tumoral.

### 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 tras la intervención.
- Náuseas.
- Fiebre y malestar general.
- Sensación de mareo.
- Infección de la piel en el lugar de punción.
- Aumento transitorio de las transaminasas.
- Derrame pleural leve, si el tumor está cerca de la pleura.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Hemorragia interna o presencia de sangre en el peritoneo.
- Daño en órganos cercanos al tumor.
- Intoxicación etílica.
- Absceso intrahepático.
- Colangitis (inflamación y/o infección de los conductos hepáticos y biliares).
- Trombosis (coágulo en el interior de un vaso sanguíneo).
- Diseminación del tumor a través del trayecto de la aguja de punción (poco frecuente).

- 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.

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. 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.
- Quimioembolización o radioembolización.
- Ablación percutánea.

### AUTORIZACIÓN PARA "ALCOHOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE UN TUMOR"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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.<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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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: