

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN DE LESIÓN MAMARIA GUIADA POR ECOGRAFÍA

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

La técnica consiste en destruir células tumorales mamarias mediante la aplicación de calor dentro del tumor: radiofrecuencia, microondas o electroporación, o frío extremo mediante crioablación, según las circunstancias personales y características del tumor.

Se introduce una aguja fina hasta la lesión de mama que se va a tratar, utilizando ecografía 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 mamaria, 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

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.
- Infección de la piel en el lugar de punción.
- Aumento transitorio de las transaminasas.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- 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".
- Entrada de aire en la cavidad pleural por punción accidental de pulmón (excepcional).
- 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.

**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 DE LESIÓN MAMARIA GUIADA POR ECOGRAFÍA”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me 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 padezco, 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.    Col. Nº:      Nombre Servicio:
--	--

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: