



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN TUMORAL PERCUTÁNEA DE PULMÓN

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE ABLACIÓN TUMORAL PERCUTÁNEA DE PULMÓN

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ del Servicio de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA me ha informado del procedimiento o la intervención arriba indicada al que voy a ser sometido, de la necesidad de realizarlo, de su idoneidad y, en general, de los riesgos y beneficios de su realización. El procedimiento al que voy a ser sometido se resumen en:

Consiste en destruir células tumorales, sin cirugía ni quimioterapia, mediante la aplicación intratumoral de; calor (en forma de RADIOFRECUENCIA, MICROONDAS o LASER), frío extremo (CRIOABLACIÓN) o pulsos eléctricos de alto voltaje (ELECTROPORACION) según sus circunstancias personales y las características de su tumor.

Se hace llegar una aguja fina hasta el nódulo pulmonar que se le va a tratar. Nos guiaremos con TAC para dirigir y situar de forma muy precisa esta aguja en el seno del tumor. Una vez allí se aplica la energía localmente controlada mediante alguna de las tecnologías descritas



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

anteriormente. El resultado es un área focal de destrucción de tejido que incluirá al tumor sin lesionar el tejido pulmonar sano que lo rodea.

Ud. estará sedado o anestesiado durante todo el procedimiento.

La duración de la intervención es, aproximadamente, de una a dos horas. A continuación permanecerá en el Hospital durante 24- 48 horas.

ALTERNATIVAS

En la actualidad, la alternativa sería la intervención quirúrgica aunque, dependiendo de sus circunstancias personales, se podrá administrar quimioterapia o radioterapia.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- La complicación más frecuente es el dolor en la zona de punción o en ambos lados del tórax. Para intentar evitarlo se le administrarán analgésicos y sedantes por vía intravenosa. Lo más normal es que sea transitorio y que dure unos minutos. También puede aparecer fiebre durante dos o tres días.
- Hemorragia interna (menos al 5%) debido a que se pueda pinchar un vaso sanguíneo próximo al tumor y que, si sangra mucho (lo cual es excepcional) puede requerir intervención quirúrgica.
- Infección como complicación muy rara debido a las medidas de asepsia y a la cobertura antibiótica bajo la que se realiza esta intervención.
- Diseminación del tumor a través del tracto de la aguja de punción, lo cual es excepcional ya que también se procede a “quemar” el mismo.
- Puede entrar aire en la pleura tras la punción (hasta en un 30% de los casos), pero sólo en aproximadamente 10 de cada 100 procedimientos requerirá la colocación de un tubo de drenaje durante unos días para aspirarlo.
- Quemaduras en la zona de la piel donde se le pegan los “parches-electrodos”
- Al utilizar TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- El riesgo de muerte es del 1%.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.



DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de ablación tumoral de pulmón y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y () deseo/ () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____