

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 QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

Identificación del paciente

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

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicadad 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 QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ del Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e 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:

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

La quimioembolización es un tratamiento eficaz para algunas lesiones tumorales del hígado. Mediante un catéter depositamos selectivamente una sustancia anticancerosa en la lesión al mismo tiempo que ocluimos (embolizamos) las arterias que nutren el tumor, tratando así de destruirlo. El agente anticanceroso (quimioterápico) va mezclado con Lipiodol que es un medio de contraste oleoso que tiene la característica de acumularse en las células malignas del

hígado. El lipiodol actúa como vehículo de la QT aumentando enormemente su concentración dentro del tumor y además tiene un efecto embolizante intrínseco. En otros casos la quimioterapia ira dentro de unas microesferas sintéticas que depositaremos dentro del tumor y que irán liberando el fármaco directamente a la células tumorales de forma paulatina durante los días siguientes.

Se le pinchará la arteria femoral en la ingle utilizando anestesia. A continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los vasos sanguíneos del hígado y obtener radiografías. Una vez localizado el sitio exacto se procede a la quimioembolización.

La duración aproximada de esta intervención es aproximadamente de 1 a 3 horas. En ocasiones son necesarias entre varias sesiones cada una de ellas distanciadas por un mínimo de 6 semanas.

¿PARA QUÉ SIRVE?

La quimioembolización sirve para prolongar la vida en pacientes con tumores del hígado.

¿QUÉ CONSECUENCIAS IMPORTANTES PRODUCIRÁ LA INTERVENCIÓN?

Control de su enfermedad y aumento de la supervivencia

¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Riesgos frecuentes

Síndrome Postembolización: No es una complicación sino una consecuencia del tratamiento. Tiene una gran variabilidad personal en cuanto a incidencia e intensidad de los síntomas. Su duración es autolimitada entre 1 día y 3 semanas. No aparece en todos los casos y su tratamiento es sintomático.

Consiste en fiebre < 38,5 y/o leucocitosis y/o dolor y/o nauseas. Puede en ocasiones acompañarse de dolorimiento en el flanco y/o hombro derecho.

Riesgos poco frecuentes

Insuficiencia hepática.

Absceso hepático.

Colecistitis.

Embolización no deseada de áreas de mucosa del tubo digestivo.

Con una adecuada selección de los pacientes y técnica cuidadosa estas complicaciones ocurren entre el 3-7% de los casos.

Insuficiencia renal <1%

Anemia que requiera transfusión <1%

La **mortalidad a 30 días** de la intervención es de 1 - 4%

Sangrado o hematoma en el punto de punción femoral.

Reacción alérgica al contraste. Exantema cutáneo y prurito hasta en un 4% de los casos. Las reacciones graves hoy en día son excepcionales.

Rara vez hay caída del cabello.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios técnicos y humanos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

La cirugía de resección convencional no es posible en este tipo de pacientes. Dependiendo de sus circunstancias personales, se podrá tratar su tumor con técnicas de ablación percutánea.

El trasplante hepático en personas jóvenes y con unas características muy concretas.

La quimioterapia hasta el momento solo es eficaz en estado avanzado de la enfermedad para prolongar unos meses la vida.

La radioembolización con microesferas radiactivas es una alternativa que se aplica en casos concretos y actualmente todavía en fase de estudio.

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

¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

Disminución del tiempo de vida del paciente

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

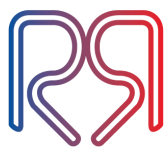
Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de quimioembolización y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

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 EL TRATAMIENTO

Firma de la paciente

Firma del médico



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

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: _____