

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN TUMORAL HEPÁTICA

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

La técnica consiste en destruir células tumorales hepáticas (hígado), 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 hace llegar una aguja fina hasta la lesión que se va a tratar, utilizando como guía alguna técnica radiológica y contraste iodado, para dirigir y situar de forma muy precisa la aguja. Después se aplica la energía de manera controlada mediante 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, sin lesionar el tejido hepático 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 local.
- Náuseas.
- Fiebre y malestar general.
- Infección de la piel en el lugar de punción.
- Aumento transitorio de las transaminasas.
- Derrame pleural leve (acumulación de líquido adicional en el espacio entre los pulmones y la pared torácica).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Hemorragia interna.
- Perforación intestinal en el caso de que la lesión se encuentre cerca del intestino.
- Inflamación de la vesícula biliar.
- Infección o absceso intraabdominal.
- Trombosis en la vena porta (coágulo en el interior del vaso sanguíneo que irriga el hígado).
- 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".
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- 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)*

- 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 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.
- Quimioembolización o radioembolización.

### AUTORIZACIÓN PARA "ABLACIÓN TUMORAL HEPÁTICA"

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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



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

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Digestivo*

---

**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: