

Documento de consentimiento informado radioembolización hepática

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

La radioembolización hepática a través de catéter es una intervención cuyo objetivo es tratar las lesiones (nódulos) del hígado que presenta por su enfermedad. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA RADIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

La radioembolización hepática consiste en la introducción de pequeñas partículas (microesferas) cargadas con un isótopo (itrio 90) a través de un catéter colocado en la arteria hepática. Estas esferas producen oclusión de los vasos sanguíneos e irradiación localizada en las zonas afectadas por su enfermedad. Para completar el tratamiento es necesario realizar varias sesiones (habitualmente 2 o 3). En cada una de estas sesiones se le pinchará un vaso sanguíneo (generalmente en la ingle) y se introducirá un tubo (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste) que permitirá ver los vasos sanguíneos y las lesiones del hígado. En la primera sesión se le taponarán los vasos sanguíneos que se consideren necesarios para el tratamiento y se le inyectará una sustancia para evaluar las lesiones hepáticas. En las siguientes sesiones se inyectarán las esferas radiactivas en las zonas del hígado enfermas. Esta intervención durará, aproximadamente, entre 2 y 3 horas. Se utilizará sedación y analgesia para evitarle molestias durante la misma. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma, por los hallazgos encontrados, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DE LA RADIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la técnica que vamos a realizar:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Como consecuencia de la intervención, podrían aparecer síntomas tales como malestar, cansancio, fiebre, dolor, náuseas y vómitos, que pueden persistir varios días y que habitualmente ceden con tratamiento médico.
- Obstrucción de vasos sanguíneos en lugares u órganos no deseados, lo que puede conducir a complicaciones graves.
- Lesión de arterias durante el cateterismo (diseción, rotura), que podría requerir tratamientos adicionales.
- Se puede producir infección del hígado (absceso), de la vesícula (colecistitis) o generalizada (sepsis), lo que puede dar lugar a complicaciones graves y requerir intervención urgente.
- Lesiones por irradiación (úlceras, etc.) en órganos no deseados.
- Podría aparecer daño en el funcionamiento del hígado, lo que puede ocurrir en 5 de cada 100 pacientes.
- Puede producirse la muerte por fallo hepático en, aproximadamente, 1 o 2 de cada 100 pacientes.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad. En cualquier caso, el riesgo de complicaciones y mortalidad van a depender de manera importante del funcionamiento de su hígado en el momento de la intervención, de su estado general, de la extensión de la enfermedad, etc. Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para

intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, las alternativas serían el tratamiento mediante cirugía, alcoholización, radiofrecuencia, etc.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la RADIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma: