

# Documento de Consentimiento Informado

**ADVERTENCIA.-** Desde el punto de vista jurídico, el documento de consentimiento informado siguiente está redactado con el objetivo fundamental de cumplir los requisitos que se exigen en la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Desde el punto de vista médico, en la selección de los modelos y en la descripción de los diferentes riesgos y procedimientos, se ha procurado mostrar aquellos más frecuentes e importantes, sin pretender ser totalmente exhaustivos. Le recordamos que este documento no puede pretender sustituir de modo pleno una adecuada información por parte del médico adaptada a cada caso concreto. Deben tenerse en cuenta, además, en cada paciente, los riesgos específicos del mismo, así como las innovaciones que impongan los avances científico-profesionales de acuerdo con las recomendaciones de las diversas Sociedades científicas de la especialidad y las Autoridades Sanitarias.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO**

Nº HISTORIA .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la informacion)

me ha explicado que es médicamente conveniente para mi caso concreto recibir el siguiente tratamiento: TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO.

Me ha informado que los fármacos capaces de destruir determinados tipos de células neoplásicas son denominados quimioterápicos. El tratamiento con dichos fármacos tiene como objetivo el destruir las células tumorales que están originando mi enfermedad. Estos fármacos se pueden administrar por distintas vías (oral, subcutánea, intramuscular o endovenosa) y en diferentes cadencias o combinaciones, para potenciar al máximo su efecto sobre las células tumorales y disminuir en lo posible su toxicidad sobre las células normales. Requieren ser aplicados a dosis exactas, calculadas de acuerdo a la superficie corporal del paciente, en momentos concretos, y repetidos con una periodicidad determinada. A cada repetición del tratamiento se le denomina ciclo de quimioterapia. Con frecuencia es necesario colocar un catéter (tubo de plástico) en una vena para poder administrar los diferentes ciclos de tratamiento sin necesidad de pinchazos repetidos. En ocasiones su administración requiere de ingreso hospitalario pero, en su mayor parte, pueden administrarse de forma ambulatoria sin necesidad de hospitalización.

También me ha informado de las posibles alternativas al tratamiento quimioterápico. Me ha aclarado que los tratamientos paliativos, si bien pueden evitar las molestias ocasionadas por la enfermedad durante un periodo de tiempo más o menos prolongado, no evitan su progresión a medio o largo plazo. Por ello, a pesar de que demorar el inicio del tratamiento puede ser una opción correcta en determinadas enfermedades, en casos como el mío reduce las posibilidades de curación o control de la enfermedad.

Asimismo me ha aclarado que el principal riesgo que puede derivarse de dejar de recibir el tratamiento, es la progresión de mi enfermedad y, con ello, de los síntomas y riesgos que ocasiona sobre mi salud.

También me ha informado de las posibles alternativas al tratamiento quimioterápico. Me ha aclarado que los tratamientos paliativos, si bien pueden evitar las molestias ocasionadas por la enfermedad durante un periodo de tiempo más o menos prolongado, no evitan su progresión a medio o largo plazo. Por ello, a pesar de que demorar el inicio del tratamiento puede ser una opción correcta en determinadas enfermedades, en casos como el mío reduce las posibilidades de curación o control de la enfermedad.

Además, me ha informado que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha detallado cuáles son. Me ha explicado que estos efectos son producidos por la acción de la quimioterapia sobre las células sanas y que varían en función de la dosis, las combinaciones empleadas y frecuencia de administración. Los más frecuentes son:

- Sobre la médula ósea (fábrica de la sangre): disminución de glóbulos rojos y/o hemoglobina (anemia), disminución de glóbulos blancos (leucopenia) y disminución de plaquetas (trombocitopenia). Ello conlleva cansancio y malestar, mayor riesgo de padecer infecciones diversas, y hemorragias en cualquier localización.
- Sobre el aparato digestivo: náuseas, vómitos, falta de apetito y diarreas (algunos fármacos también producen estreñimiento.)

- Sobre los folículos pilosos: caída del cabello.
- Sobre la piel y las mucosas: enrojecimiento cutáneo, reacciones alérgicas, úlceras o aftas en la boca, mayor sensibilidad a los rayos solares, etc.
- Sobre los órganos de la reproducción: esterilidad en varones y, con menos frecuencia, en mujeres. Por ello en ocasiones puede aconsejarse la congelación previa de semen o de tejido ovárico para preservar la fertilidad.
- Sobre el feto: malformaciones congénitas o aborto, por lo que es fundamental evitar el embarazo durante el tratamiento, siendo aconsejable el empleo de métodos anticonceptivos efectivos.
- Posible dolor e irritación en el lugar de la administración.
- Algunos fármacos tienen toxicidades específicas para determinados órganos esenciales como el corazón (toxicidad típica de unos quimioterápicos llamados antraciclinas), el sistema nervioso (típicamente producida por los alcaloides de la vinca), el hígado o el riñón.

Todos estos efectos obligan a practicar extracciones de sangre para análisis cada cierto número de ciclos de tratamiento o, en algunos casos, en cada ciclo. También suele ser necesario prescribir medicación adicional para paliar los efectos adversos más frecuentes de la quimioterapia (antieméticos para las náuseas, protectores gástricos, factores de crecimiento hematopoyético, antibióticos, etc.). Si los efectos tóxicos sobre las células de la sangre son muy importantes puede ser necesaria la práctica de transfusiones de glóbulos rojos (para compensar la anemia) o plaquetas (para evitar hemorragias). Finalmente, si la toxicidad digestiva fuera grave hasta el punto de impedir ingerir normalmente alimentos, podría ser necesario recurrir a la nutrición endovenosa. Las infecciones y otros efectos adversos graves pueden hacer necesario el ingreso hospitalario hasta el control de la complicación.

Asimismo, me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.), existen los siguientes riesgos adicionales: *(Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).*

### **DECLARACION DE CONSENTIMIENTO**

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

### **CONSIENTO**

Que se me realice el TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO.

En ..... (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,  
familiar o allegado

**REVOCACIÓN**

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad  
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,  
familiar o allegado