



ecografía para colocarla. La punta de la aguja se calienta destruyendo de manera controlada y predecible mediante el calor el tejido a su alrededor.

El objetivo final es conseguir que el volumen del tiroides disminuya y aliviar, sin necesidad de tratamiento quirúrgico, los síntomas producidos como la compresión de las estructuras adyacentes o el bulto visible en el cuello. Los efectos se notan 2 a 6 meses después del tratamiento. En ocasiones se necesita repetir el tratamiento para completar sus efectos.

Se trata de una intervención menor que se realiza bajo sedación endovenosa y con anestesia local y dura aproximadamente 60 minutos. Podrá irse a casa unas horas después de terminar o al día siguiente.

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

### **ALTERNATIVAS**

En la actualidad existen otras alternativas mediante intervención quirúrgica y en algunas ocasiones mediante tratamiento farmacológico.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

- **Dolor o molestias en el cuello.** En el primer día tras el tratamiento puede notarse una sensación de tensión en el cuello. Todos estos síntomas se tratan con medicación oral antiinflamatoria y/o analgésica.
- **Hematoma superficial.** Desaparece en poco tiempo.
- **Inflamación en el cuello.** Muy rara.
- **Fiebre.** Puede aparecer en los días posteriores al procedimiento. Desaparece espontáneamente.
- **Disfonía.** Es una alteración de la voz como consecuencia de la lesión del nervio recurrente laríngeo. Es excepcional, dado que al realizar el tratamiento se evita cuidadosamente tratar las áreas cercanas a este nervio. En caso de que se produzca se debe comunicar inmediatamente al médico de referencia. Habitualmente es una alteración transitoria y reversible, pero teóricamente podría producirse una alteración permanente de la voz con un tono bajo de la misma por alteración de la movilidad de una de las cuerdas vocales.

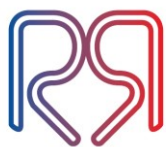
De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

### **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.



**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

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, alternativas y complicaciones de la realización de una ablación de tiroides por radiofrecuencia y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida por el Dr/a.....y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION** puedo retirar dicho consentimiento en cualquier momento si así lo considero oportuno

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<sup>a</sup>. (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: \_\_\_\_\_