



para minimizar los riesgos. Ud. estará sedado o anestesiado (bajo la supervisión de un médico anestesista) durante todo el procedimiento.

La duración de la intervención es, aproximadamente, de una hora y media o dos horas y permanecerá en el Hospital un mínimo de 24 horas.

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

#### **ALTERNATIVAS**

En la actualidad, la alternativa sería la intervención quirúrgica.

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

##### **LEVES:**

- Dolor local tras la intervención.
- Náuseas
- Fiebre y malestar general.
- Infección en el lugar de punción en la piel.
- Sangre en la orina en pequeña cuantía.
- Derrame pleural de escasa cuantía si el tumor está próximo a la pleura.

##### **GRAVES:**

- Hemorragia interna.
- Sangre en orina de gran cuantía
- Perforación intestinal en el caso de que la lesión se encuentre cerca de un asa de intestino.
- Obstrucción o perforación de la vía urinaria por “quemadura” de la misma.
- Infección o absceso intraabdominal.
- Diseminación del tumor a través del tracto de la aguja de punción, lo cual es excepcional ya que también se procede a “quemar” el mismo.
- Quemaduras en la zona de la piel donde se le pegan los “parches-electrodos”.

Estas complicaciones graves son muy raras. Ocurren aproximadamente 1 vez cada 100 ablaciones y requieren seguir ingresado, e incluso en ocasiones la intervención quirúrgica. El riesgo de muerte es mínimo.

Si se utiliza TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

#### **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

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

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 ablación tumoral de riñón 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 LA INTERVENCION**

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: \_\_\_\_\_