

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN PERCUTÁNEA DE TUMOR RENAL**

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

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación, del tumor del riñón enfermo, mediante calor (radiofrecuencia, microondas o electroporación) o mediante frío extremo (crioablación), según las circunstancias personales.

La técnica se hace insertando unas sondas a través de la piel y con control radiológico (con ecografía o con un TC), se dirigen al tumor y lo destruyen.

La finalidad es eliminar el tumor del riñón conservando su parte sana.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor en la zona de punción.
- Náuseas, fiebre y malestar general.
- Infección en el lugar de punción.
- Sangre en la orina en poca cantidad.
- Derrame pleural poco importante si el tumor está próximo a la pleura.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Hemorragia interna.
- Sangre en la orina en gran cantidad.
- Perforación intestinal en el caso de que la lesión se encuentre cerca de un asa de intestino.
- Obstrucción o perforación de la vía urinaria.
- Infección o absceso intraabdominal.
- Diseminación del tumor a través del recorrido de la aguja de punción.
- Quemaduras en la zona de la piel donde se le 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.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### 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. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía abierta o laparoscópica.

### AUTORIZACIÓN PARA "ABLACIÓN PERCUTÁNEA DE TUMOR RENAL "

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 Radiología*

---

**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: