

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en retirar un cuerpo extraño alojado en la circulación arterial, venosa o en algún conducto o cavidad de su organismo.

Estos “cuerpos extraños” pueden estar localizados en el territorio vascular más frecuentemente como: fragmentos de catéteres venosos centrales o de catéteres diagnósticos, fragmentos de catéteres-balón, stent vasculares, coils de embolización, filtros de vena cava, guías, etc., aunque también pueden localizarse en territorios no vasculares como la vía biliar, vía urinaria, tracto gastrointestinal, cavidad abdominal, etc.

Según donde se encuentre el fragmento a extraer se pincha una vena, una arteria o el abdomen, bajo anestesia local (aunque, a veces, requerirá sedación). A continuación se introduce un tubo (catéter) que llegará a la zona donde se aloja el fragmento. Se inyecta un líquido (medio de contraste) para visualizar los vasos que queremos estudiar mediante radiografías.

La extracción del cuerpo extraño se realiza mediante un catéter lazo que captura uno de los extremos del cuerpo extraño para poder extraerlo.

La finalidad es la retirada del cuerpo extraño de su organismo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Hematoma en el lugar de punción.
- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Obstrucción venosa (trombo).
- Migración (desplazamiento) de un coágulo al pulmón, es muy raro.
- Perforación o sangrado del vaso/conducto sobre el que se está actuando.
- Fracaso e imposibilidad de extraer al exterior el cuerpo extraño.
- 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.
- Alteraciones cardíacas (arritmias, taponamiento pericárdico).
- 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, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. 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.

AUTORIZACIÓN PARA “RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO”

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^a. , 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: