





hasta el área problema, inyectándole un líquido (medio de contraste) que nos va a permitir ver los vasos que queremos estudiar mediante radiografías.

La extracción del cuerpo extraño se realizará mediante lazo recuperador.

La duración de la exploración será, aproximadamente, de 60 minutos.

### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

En la actualidad el único procedimiento alternativo para la retirada de un cuerpo extraño alojado en un vaso es la cirugía.

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

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.**

#### **Por la técnica que estamos realizando:**

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma), es muy raro.
- Emigración de un coágulo al pulmón, es muy raro.
- Alteraciones cardiacas (arritmias), que suelen durar poco tiempo.
- Perforación o sangrado del vaso/conducto sobre el que estamos actuando
- Fracaso e imposibilidad de extraer al exterior el cuerpo extraño

#### **Por el medio de contraste:**

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

#### **Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento**

- 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.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

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.**

.....

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 retirada de un cuerpo extraño 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: \_\_\_\_\_