

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA QUIRÚRGICA DE MAMA O EXTIRPACIÓN DE NÓDULO MAMARIO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en extirpar una lesión (tumor benigno, sospechoso o maligno) en la mama, a través de una incisión.

A veces, cuando la lesión no es palpable, se necesita localizar la lesión existente en la mama mediante métodos radiológicos, marcando el punto exacto con un “arpón” en el Servicio de Radiología, para después extirparla en quirófano y comprobar mediante radiografías que la resección ha sido completa.

El resultado del análisis anatómo-patológico postoperatorio de la lesión, puede indicar la necesidad de ampliar la resección a los ganglios de la axila y/o parte o toda la mama.

El procedimiento se realiza con anestesia local o general.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la técnica es eliminar la lesión de la mama sospechosa, para su estudio y llegar a un diagnóstico fiable y definitivo, y así tomar decisiones sobre los posibles tratamientos a seguir.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Cicatriz en la zona de incisión, disminución del volumen de la mama y una deformidad más o menos importante en el área extirpada.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- Hematoma.
- Cicatrización anómala o dolorosa.
- Deformidad en el contorno mamario, pérdida de volumen o asimetría mamaria.
- Hinchazón (edema) transitorio del brazo.
- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Seroma (colección de líquido en la herida).
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Localización/extirpación inadecuada de la lesión por problemas técnicos (dificultad de identificar correctamente la lesión, desplazamiento accidental del localizador, intolerancia al procedimiento, etc).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Desplazamiento accidental del arpón a la cavidad torácica.
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón), por punción accidental.
- Inflamación grave de los ganglios linfáticos del brazo.

- Biopsia con falso negativo por extracción de tejido distinto al sospechoso o por problemas técnicos de su análisis.
- Reparación de la lesión.
- 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.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La indicación de este procedimiento supone que las alternativas menos cruentas (biopsia percutánea) ha resultado no informativa o no es técnicamente posible.

AUTORIZACIÓN PARA “BIOPSIA QUIRÚRGICA DE MAMA O EXTIRPACIÓN DE NÓDULO MAMARIO”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: