

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PERCUTÁNEA DE TÓRAX

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

Consiste en tomar una muestra mediante una aguja de biopsia de una lesión focal en el pulmón, mediastino, pleura o la pared torácica, o de una zona del pulmón en caso de enfermedad más difusa.

Cuando la biopsia es de una lesión focal (nódulo o masa), se emplean el TAC o la ecografía para guiar la biopsia. Se pincha la lesión a través de la piel con una aguja especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local. Durante la exploración se le pedirá que detenga un instante la respiración y que se mantenga inmóvil para evitar posibles complicaciones. Por eso es muy importante su colaboración.

En la biopsia de una zona del pulmón solo a veces, es necesario emplear ecografía o TAC para localizar la zona más adecuada de la punción. Con el paciente normalmente sentado, se desinfecta el área de punción y se anestesia la zona con un anestésico local. Con un bisturí se hace una pequeña apertura en la zona de punción, llegando al tejido celular subcutáneo. Para tomar una muestra se introduce una aguja de biopsia y se perfora la pleura parietal (la capa que cubre al pulmón).

La finalidad de la técnica es obtener una muestra del tejido para poder analizarla y conocer la causa de su enfermedad.

### 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:

- Dolor en la zona de punción.
- Hematoma.
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).
- Hemoptisis (sangrado en el esputo).
- Hemorragia en el pulmón (excepcional).
- Embolia aérea (entrada de aire en una vena o arteria), muy excepcional.
- 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. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

### CONTRAINDICACIONES

- Trastorno de la coagulación grave no corregible.
- Imposibilidad de un trayecto de punción seguro por la interposición de estructuras vitales o del hueso.
- Enfisema pulmonar severo no controlado.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este procedimiento diagnóstico es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía.

### AUTORIZACIÓN PARA “BIOPSIA PERCUTÁNEA DE TÓRAX”

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 Servicio:



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: