

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA ASISTIDA POR VACÍO (BAV) PARA EXTIRPACIÓN DE LESIONES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una prueba mínimamente invasiva guiada por ecografía y menos frecuente por mamografía. Consiste en extirpar mediante una aguja de alto calibre utilizando sistemas de vacío una lesión mamaria que, de forma general, ha sido previamente analizada histológicamente.

Se aplica anestesia local y en ocasiones se realiza una mínima incisión sobre la piel para facilitar la entrada de la aguja. La prueba se realiza de forma ambulatoria sin precisar ingreso hospitalario ni preparación específica.

Al terminar la prueba suele ser necesario depositar un clip marcador en el lecho de biopsia a fin de localizar la zona.

En algunos casos, dependiendo de las características de la lesión es posible que no se consiga una exéresis completa. También es posible, que dependiendo del diagnóstico se tenga que realizar una exéresis quirúrgica de seguridad alrededor del clip marcador.

La finalidad de la técnica es extirpar, sin necesidad de cirugía, la lesión mamaria y analizar el tipo de células de dicha lesión. Con esta información se decidirá el tratamiento o seguimiento más adecuado de manera individualizada para cada caso.

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:

- Molestias o dolor en la mama.
- Sangrado o hematoma en la zona de punción.
- Cicatriz cutánea en la zona biopsiada.
- Infección local.
- Mareo que desaparece de forma espontánea.
- Si es portadora de prótesis mamarias, existe una posibilidad remota de rotura de las mismas al realizar la biopsia.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- De forma excepcional se puede puncionar la pleura (capa que rodea el pulmón), produciendo un neumotórax.
- Reacción alérgica o de intolerancia a los medicamentos o instrumental utilizados en el procedimiento.
- Hematoma importante que precise drenaje quirúrgico.
- 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

- Alteraciones en la coagulación.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Biopsia mediante cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “BIOPSIA ASISTIDA POR VACÍO (BAV) PARA EXTIRPACIÓN DE LESIONES”

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./Dª. _____, 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: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. 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: