

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA MEDIANTE SEMILLAS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en la colocación de un marcador metálico en lesiones mamarias no palpables y ganglios linfáticos que inicialmente son positivos para malignidad, mediante semillas de radiofrecuencia o semillas no radiactivas, ferromagnéticas.

Esta técnica se realiza de forma previa a la cirugía de la mama, sin límite de tiempo de implantación. Se aplica anestesia local y mediante una aguja se introduce la semilla en el interior de la mama donde se encuentra la lesión a estudiar.

Para la localización del marcador metálico se podrá emplear un ecógrafo o un mamógrafo en el caso de semillas de radiofrecuencia o empleando un dispositivo que detecta el campo magnético que emite la semilla ferromagnética. La retirada de esta se realizará en el momento de la cirugía.

La finalidad de la técnica es localizar con precisión la lesión mamaria que se va a extirpar, por métodos menos invasivos, reduciendo secuelas y disminuyendo el tiempo de recuperación.

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.
- Infección local.
- Mareo que desaparece de forma espontánea.
- En determinadas ocasiones, dependiendo de la localización de la lesión y de la densidad del tejido mamario puede ser dificultoso el marcado preciso.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- De forma excepcional se puede puncionar la pleura (capa que rodea el pulmón), produciendo un neumotórax.
- Pueden producirse algunas reacciones alérgicas al material empleado.
- Desplazamientos de las semillas que dificulte la localización y extirpación de la lesión.
- 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, o si es portador de marcapasos u otros dispositivos electrónicos. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia demostrada al níquel.
- 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:

- Cirugía sin marcado preoperatorio.
- Marcado externo cutáneo con rotulador para lesiones superficiales y palpables.
- Marcado mediante arpón.

AUTORIZACIÓN PARA “LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA MEDIANTE SEMILLAS”

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 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