

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA ASISTIDA POR VACÍO (BAV)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una prueba mínimamente invasiva guiada por técnicas de imagen como ecografía, resonancia magnética o mamografía. Consiste en obtener varias muestras de la lesión mediante la utilización de una aguja de alto calibre utilizando sistemas de vacío. Generalmente es un procedimiento que se utiliza cuando es necesario obtener mayor tamaño de muestra o como segundo paso tras biopsias de menor calibre.

En el caso de guía mediante resonancia magnética puede ser necesario el uso de contraste intravenoso. 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 puede ser necesario depositar un clip marcador en el lecho de biopsia a fin de comprobar la correcta situación de la misma y localizar la zona en caso de ser necesaria la cirugía posterior.

En algunos casos, dependiendo del diagnóstico, la muestra obtenida puede ser insuficiente y se puede necesitar repetir la biopsia o realizar una extirpación completa de la lesión mediante cirugía o extirpación percutánea guiada por imagen.

La finalidad de la biopsia es obtener muestras de la lesión para su análisis sin necesidad de cirugía. 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:

- Dolor o molestias 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.
- Por el contraste administrado: sensación de calor en el punto de inyección, náuseas, mareo, picor ... Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal y excepcionalmente shock anafiláctico.

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, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. 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 no controladas.

No podrá realizarse como método de guía la resonancia magnética si:

- Sospecha de virutas metálicas en el ojo o en cualquier parte del cuerpo (restos de metralla), Implantes cocleares, bombas implantables o expansor mamario.
- Dispositivos cardiacos antiguos: marcapasos o electrodos, DAI, balón de contrapulsación, catéter de termodilución, prótesis valvulares antiguas (modelo Starr-Edwards)...
- Llevar objetos metálicos como: reloj, joyas, piercing, gafas, móvil, mechero, horquillas, monedas, puentes dentales libres, tarjetas de crédito...

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)”

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.

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: