

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA MEDIANTE ARPÓN

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

Consiste en colocar una aguja o arpón (alambre fino) en el lugar de la mama donde se encuentra la lesión. Para su localización exacta se utiliza una ecografía o mamografía. Una vez introducido el arpón o la aguja se obtiene una muestra de tejido o de líquido para su análisis.

Dependiendo del calibre de la aguja utilizada, previamente se podrá administrar anestesia local.

Cuando se haya liberado el arpón será necesario realizar una mamografía para comprobar su correcta localización .

La finalidad de la técnica es localizar con precisión la lesión mamaria que el cirujano va a extirpar.

### 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.
- Reacción alérgica o de intolerancia a los medicamentos o instrumental utilizados en el procedimiento.
- Desplazamientos del arpón 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. 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.
- Localización prequirúrgica mediante semillas.
- Marcado externo cutáneo con rotulador para lesiones superficiales y palpables.

### AUTORIZACIÓN PARA "LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA MEDIANTE ARPÓN"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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:



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 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: