

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MARCAJE CON CLIP METÁLICO

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 introducir una aguja en la mama y depositar un clip metálico para marcar un lugar o zona precisa de la mama.

Se aplica anestesia local y en ocasiones se realiza una mínima incisión sobre la piel para facilitar la entrada de la aguja.

Los clips se podrán visualizar posteriormente mediante ecografía, resonancia magnética o ecografía. En el caso de guía mediante resonancia magnética puede ser necesario el uso de contraste intravenoso.

La prueba se realiza de forma ambulatoria sin precisar ingreso hospitalario.

La finalidad de la técnica es marcar de forma precisa una determinada zona de la mama con el objetivo de localizar biopsias benignas o lesiones antes de realizar la cirugía o tratamiento con quimioterapia, etc.

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.
- Localización inexacta o aproximada por dureza o lesión del tejido mamario o desplazamiento del clip.

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.
- Desplazamiento de los clips de que dificulte la localización 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 de la lesión.
- 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, 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

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:

- Marcaje con otro tipo de elementos (semillas radioactivas, marcadores ferromagnéticos, marcadores por radiofrecuencia, etc.).

AUTORIZACIÓN PARA “MARCAJE CON CLIP METÁLICO”

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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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: