

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PERCUTÁNEA VERTEBRAL

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

La biopsia vertebral consiste en tomar una muestra de la vértebra lesionada para analizarla. Usted estará de lado o boca abajo.

Mediante anestesia local, raquianestesia o anestesia general según sea necesario y guiados por técnicas de imagen (rayos X, ecografía, TAC) y contraste radiológico si fuera necesario, se pincha a través de la piel de la espalda empleando una aguja especial, hasta alcanzar la vértebra enferma.

La finalidad de esta técnica es analizar una muestra de la vértebra dañada y llegar al diagnóstico de su enfermedad.

### 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 en la zona de punción.
- Hematoma.
- Infección localizada en la zona de punción.
- Lesión de vasos y nervios cercanos.
- Lesión medular.
- Fractura de la vértebra que se biopsia.
- Si la lesión es de tipo infeccioso (espondilitis) podría existir una diseminación de su infección que habría que tratar con antibióticos.
- Punción accidental de la pleura penetrando aire en ella (neumotórax).
- Punción accidental de otros órganos o estructuras en el trayecto de la punción.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. 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*)

- |   |  |                                     |   |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene   | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> .....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

- Alergia al contraste

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.

## AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA PERCUTÁNEA VERTEBRAL"

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:

---

**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: