

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA QUIRÚRGICA DE MAMA O EXTIRPACIÓN DE NÓDULO DE MAMA

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

La biopsia quirúrgica de mama consiste en extirpar una muestra de tejido de la mama donde hay una lesión (puede ser una alteración, un bulto benigno, sospechoso o maligno, según el caso).

Cuando la lesión no se puede palpar con la mano, primero se marca con un localizador. Este localizador se coloca usando ecografía, mamografía o resonancia magnética. Normalmente es un hilo con un pequeño gancho (arpón) en la punta para que no se mueva, aunque también se pueden usar otros dispositivos como semillas metálicas, isotópicas o ferromagnéticas. Esto se hace en el servicio de Radiología o Medicina Nuclear.

Después, en el quirófano, se extirpa la lesión y se comprueba con radiografías que se ha extraído por completo.

Cuando se usa un localizador, el procedimiento se llama biopsia guiada o radioquirúrgica.

El procedimiento necesita anestesia y el anestesiólogo le explicará los riesgos.

Si se quita toda la mama, a veces se coloca un dispositivo en la zona operada para facilitar una reconstrucción estética más adelante.

Es posible que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos intraoperatorios, y siempre con la intención de proporcionarle el tratamiento más adecuado.

El resultado de la biopsia puede indicar que hay que quitar también ganglios de la axila y/o parte o toda la mama, probablemente en otra intervención posterior.

**Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.**

La finalidad de la técnica es conseguir un diagnóstico seguro y definitivo de una lesión sospechosa en la mama. En algunos casos, quitar la lesión con la biopsia es suficiente como tratamiento definitivo para muchas lesiones que no se pueden palpar. No se puede asegurar una simetría exacta ni un resultado estético que iguale al de la mama original.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatriz en la zona escogida para la incisión y una deformidad más o menos importante en el área extirpada.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Localización de la lesión: extirpación inadecuada de la lesión por problemas técnicos (dificultad de identificar correctamente la lesión, desplazamiento accidental del localizador, intolerancia al procedimiento, etc.).

- Deformidad en el contorno mamario, pérdida de volumen o asimetría mamaria.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Biopsia falsamente negativa por extracción de tejido distinto al sospechoso inicialmente o por problemas técnicos de su análisis.
- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Desplazamiento accidental del arpón hacia cavidad torácica.
- Neumotórax por punción pleural accidental.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados e incluso una reintervención para evacuar el hematoma.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.



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

LOGOTIPO ÁREA DE SALUD

Servicio de Obstetricia y  
 Ginecología

**AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA QUIRÚRGICA DE MAMA O EXTIRPACIÓN DE NÓDULO DE MAMA"**

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./Dª. \_\_\_\_\_, 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:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.   Col. Nº: Servicio de
--	---

**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: