CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA TRANSVASCULAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La biopsia transvascular consiste en obtener una muestra de tejido enfermo del riñón o del hígado.

Mediante anestesia local y guiados por técnicas radiológicas se pincha en una vena del cuello o la ingle, a continuación se introduce un tubo muy fino (catéter) y a través de él una aguja gruesa y un medio de contraste que permite ver las venas para llegar exactamente al sitio del que se quiere obtener la muestra.

A través del tubo se introducen unas pinzas o una aguja gruesa para coger una muestra de tejido del hígado o del riñón.

La finalidad de la técnica es obtener una muestra de tejido dañado para analizarla y llegar al diagnóstico de la enfermedad.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Dolor pasajero en la zona de punción.
- Náuseas, mareo y descenso de la tensión arterial.
- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Hematoma.
- Infección en la zona de punción.
- Sangrado del órgano biopsiado durante el procedimiento o tras él, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados, así como una intervención urgente.
- Lesión de algún vaso (arteria o vena) o incluso que se produza de forma incidental una fístula arterio – venosa (comunicación directa entre arteria y vena) en el interior del órgano.
- Diseminación de células cancerosas en el trayecto de la punción.
- De forma excepcional puede producir problemas graves como neumotórax o incluso mortales como arritmias.
- 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)

☐ 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 tiene

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Biopsia con aguja gruesa puncionando directamente el hígado o el riñón.

AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA TRANSVASCULAR"

Yo, D./Dª , 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./Dª , 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: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: