

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) GUIADA POR ECOGRAFÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una prueba mínimamente invasiva guiada por ecografía. Consiste en obtener varias muestras de la lesión mamaria detectada mediante la utilización de una aguja gruesa de un calibre determinado, para su análisis.

Se aplica anestesia local y en ocasiones se realiza una mínima incisión sobre la piel para facilitar la entrada de la aguja. La prueba se realiza de forma ambulatoria sin precisar ingreso hospitalario ni preparación específica.

En algunos casos, dependiendo del diagnóstico, la muestra obtenida puede ser insuficiente y se puede necesitar repetir la biopsia o realizar una extirpación completa de la lesión, dicha extirpación se puede realizar mediante cirugía o extirpación percutánea guiada por imagen. También puede ser necesario un marcador permanente (coil), por desaparición parcial o completa de la lesión en imagen tras la biopsia. Esto puede ocurrir en lesiones muy pequeñas o con componente quístico.

La finalidad es obtener muestras de la lesión para su análisis sin necesidad de cirugía. Con esta información se decidirá el tratamiento o seguimiento más adecuado de manera individualizada para cada caso.

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.
- Cicatriz cutánea en la zona biopsiada.
- Infección local.
- Mareo que desaparece de forma espontánea.
- Si es portadora de prótesis mamarias, existe una posibilidad remota de rotura de las mismas al realizar la biopsia.

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.
- Hematoma importante que necesite drenaje.
- 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.

CONTRAINDICACIONES

- Alteraciones en la coagulación.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Biopsia con aguja fina (PAAF): sólo permite un estudio citológico y puede no dar un diagnóstico definitivo.
- Biopsia con sistemas de vacío (BAV).
- Biopsia mediante cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) GUIADA POR ECOGRAFÍA"

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.

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: