

Consentimiento informado

Biopsia core de glándulas mamarias

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

La punción percutánea, bajo guía por imágenes con aguja de biopsia core son una de las formas de obtener muestras de tejido para análisis microscópico sin necesidad de cirugía; con ella se pretende conseguir una información más completa para comprender y tratar mejor su patología.

El procedimiento debe realizarse en una sala de ecografía, resonancia o mamografía. Inicialmente el médico radiólogo explora sus mamas con ecografía u otro método, para corroborar la presencia y tamaño del nódulo o zona a biopsiar. Luego se limpia la piel con clorhexidina, luego bajo anestesia local se procede a efectuar un corte milimétrico de la piel en la zona más conveniente para el procedimiento, lo que se realiza con un bisturí, lo que permite el acceso fácil de la aguja de biopsia. Bajo visión ecográfica continua o por resonancia magnética o por mamografía, se comprueba la ubicación de la aguja de biopsia, comprobando que la punta de la aguja se sitúe adyacente a la lesión. A continuación, el médico dispara la aguja de biopsia que tiene la característica de corta y retener un trozo de tejido, que se utiliza el médico anatomopatólogo para efectuar el diagnóstico histológico. En ocasiones puede ser necesario repetir el procedimiento más de una vez. La duración aproximada es de 45 minutos.

El procedimiento en general provoca mínimas molestias y no requiere analgesia endovenosa.

A veces, tras realizar la prueba, no se consigue obtener material suficiente para el diagnóstico. Esto puede ocurrir en menos del 10% de las biopsias, y se determina no en el momento de la punción, sino una vez que el médico anatomopatólogo ha revisado la muestra, o sea, en un plazo de 5 días hábiles. En estos casos, puede ser necesario repetir el procedimiento en una nueva ocasión. Esta repetición de la punción se da con más frecuencia en nódulos muy duros o calcificados. En raras ocasiones, pese a repetir la punción, no es posible obtener material suficiente para un diagnóstico adecuado. En estos casos, la conducta a seguir dependerá de cada caso en particular, y se discutirá con usted y su médico tratante si es necesario realizar una nueva punción, cirugía, o seguimiento ecográfico.

Ocasionalmente, con baja frecuencia se pueden producir algunas complicaciones:

- Reacción vagal que normalmente cede espontáneamente o con algunas medidas en forma rápida, y que frecuentemente se presenta como sudoración, o sensación de desmayo.
- Hematomas en el sitio de punción los que desaparecen frecuentemente al poco tiempo.
- Infección del sitio de punción.
- Dolor post procedimiento, el cual normalmente cede espontáneamente, con medicamentos analgésicos.

No es necesaria una preparación especial para el procedimiento. Es importante eso si suspender por 1 semana antes de la punción medicamentos anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, lo que debe realizarse en conocimiento de su médico tratante considerando el riesgo vs beneficio involucrado.

Debieran suspenderse: Aspirina en todas sus formas (Cardioaspirina, etc.), Neosintrom, Coumadin o cualquier otro anticoagulante.

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: