

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA CON AGUJA FINA DE TIROIDES

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- El procedimiento diagnóstico, llamado BIOPSIA por aguja fina (PAF) de Tiroides guiada por ecografía, tiene por objeto obtener una muestra de tejido de tiroideo con el fin de estudiarla y establecer un diagnóstico lo más preciso posible de la enfermedad que lo afecta.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Inicialmente el médico radiólogo explorará su tiroides con ecografía para corroborar la presencia y tamaño del nódulo a puncionar.
- El procedimiento dura aproximadamente 30 minutos, variando según cada caso.
- Luego se limpia la piel con alcohol y se procede previa anestesia local a pinchar la lesión con una aguja fina (de 21 G) a través de la piel de la región anterior-lateral del cuello, bajo visión ecográfica continua, comprobando que la punta de la aguja se sitúe en la lesión.
- El médico aspira con una jeringa, para obtener material para el posterior diagnóstico citológico. En ocasiones puede ser necesario repetir el procedimiento más de una vez. El procedimiento en general provoca mínimas molestias.
- A veces tras realizar la prueba, no se consigue obtener material suficiente para el diagnóstico citológico. Esto puede ocurrir en el 10 y hasta el 15% de las punciones y se determina no en el momento de la punción, sino una vez que el médico anatómo patólogo ha revisado la muestra, o sea en un plazo de 1 a 2 semanas. En estos casos, puede ser necesario repetir el procedimiento en una nueva ocasión, caso en el cual sólo se cobra la mitad de los insumos y honorarios.
- El radiólogo le dejará con instrucciones pertinentes, y no es necesaria una preparación especial para el procedimiento, pero si es importante suspender por 1 semana antes y una semana después de la marcación 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, - Neosintrom u otros anticoagulantes.

RIESGO GENERALES Y ESPECÍFICO

- Condiciones del enfermo: 1. Edad 2. Alergia a drogas 3. Patologías coexistentes (hipertensión arterial, cardiopatías, insuficiencia respiratoria previa, trastorno de la coagulación, etc.) 4. Severidad de la enfermedad que determinale procedimiento 5. Condiciones generales del paciente.
- En el procedimiento mismo y debido a la necesidad de introducir un instrumento filo-cortante y entre las que se encuentran las siguientes complicaciones agudas: 1. Dolor, a pesar de una correcta administración del anestésico local 2. Sangramiento venoso, que se controla fácilmente con compresión local 3. Sangramiento arterial, más copioso y difícil de controlar, quedando hematomas más grandes 4. Reacción vasovagal, con bradicardia e hipotensión arterial, manifestada con sudoración, mareos y sensación de pérdida de la conciencia. Esta complicación habitualmente cede espontáneamente en pocos minutos, pero existe el riesgo, aunque rarísimo, de caer en paro cardíaco, que requerirá medidas de resucitación cardiopulmonar.
- Entre las complicaciones tardías, o sea después del procedimiento se encuentran: 1. Infección en el sitio de la punción, que es raro, pero que puede ocurrir, se reconoce por dolor asociado a enrojecimiento de la piel y en ocasiones a salida de pus. En caso de presentar estos síntomas el paciente deberá consultar.

- Posterior al procedimiento es esperable: 1. Dolor, en grado variable dependiendo del umbral del dolor de cada paciente, fácilmente controlable con analgésicos-antiinflamatorios comunes, entre los que se debe excluir la aspirina 2. Equimosis (moretón en la piel) y hematoma (acumulo de sangre) en el sitio puncionado, los que deberían resolverse totalmente en un promedio de 2 semanas. Existen ocasiones en que el hematoma, por su tamaño, demorará más en reabsorberse, sin embargo si reaparece dolor y el hematoma aumenta de tamaño, la paciente deberá consultar 3. La pequeña herida hecha en piel (promedio 4 mm.), por donde ingresa la aguja de biopsia, cierra y sana rápida y espontáneamente, sin requerir sutura ni cuidados especiales.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Doy mi conformidad para que las imágenes radiológicas que se tomen en el curso de la exploración, puedan examinarse, conservarse o manejarse del modo que se crea más conveniente para un adecuado diagnóstico.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente))
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha