

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA CORE DE MAMA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- procedimiento diagnóstico, guiada por ecografía, la que tiene por objeto obtener una muestra de tejido mamario con el fin de estudiarla y establecer un diagnóstico lo más preciso posible de la enfermedad que la afecta.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se lleva a cabo en posición acostada, con una aguja que debe ser introducida, previa anestesia local de la zona, orientada bajo visión de ultrasonido, a través de la piel y el tejido glandular de la mama.
- El procedimiento dura aproximadamente 30 minutos, variando según cada caso y se realiza con anestesia local donde se “duerme” sólo la zona de la biopsia.
- Al momento de tomar la muestra el sistema cortará un pequeño cilindro de tejido que se extrae y se fija en formalina. Idealmente se deben obtener 4 a 5 muestras.
- Al terminar la biopsia se aplica una presión sobre el lugar y se deja un vendaje sobre la pequeña lesión en la piel.
- Posteriormente y bajo control eco gráfico se puncionará el órgano a estudiar con la aguja de biopsia especial lo cual no debería darle mayores molestias.
- 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.
- Es importante también dejar establecido que puede ser necesario repetir el examen.

### 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 .....