

Nombre del paciente DNI:.....
Fecha:..... Nombre del médico:..... N° Coleg:
Centro:

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La Biopsia con Aguja Gruesa (BAG, "microbiopsia") consiste en obtener una muestra para análisis histológico, mediante el uso de una aguja de un calibre variable, mayor que el de las agujas utilizadas en la PAAF.

Se necesita el uso de un sistema radiológico de guía, que permita alcanzar la lesión con precisión. Y aunque la lesión resulte palpable, es conveniente utilizar un sistema de guía (ecográfica, en este caso), para garantizar una toma de muestra fiable y válida. Se trata de un procedimiento sencillo, con una duración que oscila entre una y dos horas, y que se realiza de forma ambulatoria y usando anestesia local.

2. OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR:

La punción biopsia de mama con control ecográfico consiste en la extracción de pequeños fragmentos de tejido mediante una aguja especialmente diseñada para ello.

La punción biopsia está indicada cuando en el estudio de imagen se observa alguna alteración cuya naturaleza exacta no es posible precisar con dichas técnicas. El objetivo de la misma es obtener muestra de la zona en donde se localiza la anomalía para su posterior estudio histológico.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO:

Las posibles alternativas incluirían la realización de biopsia quirúrgica, o la punción con aguja fina (PAAF) que presenta menos posibles complicaciones dado que el calibre de la aguja es menor, pero también consigue menos material para estudio, dificultando por lo tanto el diagnóstico anatomopatológico.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:

Lograr un diagnóstico radiológico lo más preciso posible. Existe la posibilidad de que las muestras obtenidas no permitan realizar un diagnóstico de seguridad y haya que repetir el procedimiento o realizar biopsia quirúrgica.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:

No posibilidad de analizar el tejido, y lograr un diagnóstico preciso.

6. RIESGOS FRECUENTES:

Lo más habitual es que surja un hematoma en la zona, a veces muy importante, que no suele requerir tratamiento, y las molestias propias del pinchazo cutáneo.

7. RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS:

Las complicaciones son raras (menores al 5 % de los casos) y casi siempre leves. Se puede producir:

- **Hematomas por sangrado.** Para evitarlo, se realiza compresión sobre el área de la biopsia. En caso de producirse suelen ser de pequeño tamaño, aunque si este adquiere gran tamaño puede precisar drenaje quirúrgico.
Infecciones por gérmenes que colonizan la piel. Para evitarlo, se emplean materiales estériles de un solo uso. En caso de producirse habría que realizar tratamiento antibiótico pudiendo ser necesario incluso drenaje quirúrgico.
- **Dolor local en la zona de punción** que se trata con analgésicos habituales.
- **Reacciones alérgicas a la anestesia,** el desinfectante yodado o al esparadrapo. Para evitarlas, es preciso informar previamente de la existencia de antecedentes alérgicos a alguna de estas sustancias, si se conocen.

8. RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES:

Es fundamental informar de forma previa al comienzo de la realización de la prueba de la existencia de antecedentes alérgicos conocidos, así como de existencia de trastornos de la coagulación de la sangre o la toma de medicación anticoagulante: SINTROM, heparinas de bajo peso o antiagregantes preparados con ácido acetilsalicílico.

9. CONTRAINDICACIONES:

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Declaro que he sido informado de forma comprensible de la utilidad, naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida, pudiendo formular todas las preguntas que he creído convenientes, siendo aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización, y declaro que se me ha ofrecido copia del mismo.

Conozco que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Si sugiera alguna situación imprevista urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo el equipo médico para realizarlo, sin previo consentimiento.

Firma de Paciente / Representante Legal:

Firma del Médico:

Rellenar en caso de Representante Legal:

NombreN.I.F. / D.N.I..... en calidad de

Cumplimentar en caso de REVOCACIÓN:

En fecha retiro mi consentimiento para someterme a la prueba de
que me iba a ser realizada en este centro.

Firma del paciente o Representante legal:

Firma del médico: