

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?

La biopsia percutánea tiene como finalidad la toma de una muestra de una lesión localizada en una víscera o estructura ósea determinada para analizarla y obtener un diagnóstico de una posible enfermedad. Con esta técnica se pretende dar una información inmediata e inequívoca acerca de la enfermedad mediante el estudio microscópico de la muestra obtenida. Proporciona una información rápida, segura y suficiente acerca de la enfermedad sin necesidad de intervención quirúrgica para la obtención de la muestra. Acorta la estancia en el hospital y permite la instauración inmediata del tratamiento oportuno.

2. ¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realiza con anestesia local en personas adultas y con anestesia general en niñas y niños. Primero se estudia con ecografía o Tomografía Computarizada (TAC) el órgano, estructura ósea o lesión para decidir la zona más segura de abordaje. A continuación, a través de un pequeño corte de 2 mm en la piel, y utilizando una aguja de biopsia obtenemos un pequeño fragmento que será analizado después por el Servicio de Anatomía Patológica.

La persona permanece en reposo en el hospital durante 24 horas. Al día siguiente, se le practica una nueva ecografía, cuando la biopsia es visceral, para garantizar que no ha habido complicaciones.

3. ¿Qué riesgos tiene?

Es una técnica sencilla pero no está exenta de riesgos. El principal problema que podemos tener es el sangrado. Por ello, previamente se hace un análisis de sangre para comprobar que no hay alteraciones de la coagulación que favorezcan la hemorragia. No se realiza el procedimiento hasta que las cifras son correctas. Y luego, tras la biopsia se comprime la zona durante aproximadamente diez minutos, y se realiza más tarde otra ecografía para descartar estas complicaciones.

En la biopsia de pulmón puede entrar aire (neumotórax) cuando se atraviesa la pleura. Por eso se requiere, excepcionalmente, la colocación de un tubo para drenarlo. Puede haber sangrado en el esputo (hemoptisis), generalmente de escasa importancia.

Si se produjera el sangrado y no se pudiera controlar mediante un tratamiento conservador, sería necesario realizar cirugía para cerrar los vasos sangrantes. Excepcionalmente puede producirse una embolia aérea, de graves consecuencias. Las complicaciones severas se presentan en menos del 5% de pacientes, y complicaciones mortales en 1 por cada 25.000 biopsias.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Beneficios indicados en el primer apartado.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

No se dispone de un diagnóstico de certeza y no se debe plantear un tratamiento médico o quirúrgico sin conocer, con exactitud, la enfermedad del paciente.

6. Alternativas

La única alternativa posible es la quirúrgica, con extracción de la muestra. La cirugía permite obtener una mayor cantidad de material de la lesión, pero conlleva los riesgos de una intervención y la prolongación de estancia en el hospital.

7. Riesgos en función de su situación

Los más frecuentes tienen que ver con una alteración de la sangre, más frecuente en determinados pacientes. Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP		DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFSSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.
- He comprés la informació rebuda. / He comprendido la información recibida.
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.