

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## BIOPSIA A CIELO ABIERTO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La biopsia consiste en tomar muestras de tejidos cerebrales (biopsias) mediante una apertura en el cráneo. El objetivo es la determinación del diagnóstico. No tiene ningún valor como tratamiento. La intervención quirúrgica consiste en una craneotomía a través de la que se accede a la lesión de la forma más directa posible para obtener un pequeño fragmento de la misma (biopsia). El estudio de esta muestra se realiza en el Servicio de Anatomía Patológica. En caso de que la lesión tenga un componente líquido, hemático o purulento, se puede proceder a su evacuación. La herida se cierra con varios puntos o alguna grapa.

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El objetivo de la operación es tratar de conocer la naturaleza de la lesión y emitir un pronóstico, así como la necesidad de tratamiento adicionales. No hay que esperar, por tanto, una mejoría de la sintomatología clínica que sufre el paciente como consecuencia de la operación, salvo que durante la misma se pueda proceder a evacuar la porción líquida de la lesión. La biopsia abierta es especialmente útil cuando las lesiones son superficiales, cuando se sospeche que la lesión puede no necesitar cirugía (hay tumores que se tratan sólo con radioterapia y no son operados); cuando haya que descartar diferentes posibilidades (tumor, infección, inflamación, infarto cerebral); cuando haya que vaciar el contenido de un quiste o un absceso superficial.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

La alternativa al tratamiento propuesto, al estar siguiendo un protocolo asistencial, supone mantener el tratamiento actual: **A.-** Medicación, con el inconveniente de que no se conoce la naturaleza de la lesión y por tanto no se pueden aplicar otras medidas terapéuticas pudiendo así progresar el tamaño del proceso y los daños al cerebro. **B.-** Otras alternativas: La radioterapia o radiocirugía, según su opinión no están indicadas en mi caso, como tratamiento único, pudiendo ser utilizadas posteriormente para aumentar la efectividad.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

El alta depende fundamentalmente de la situación del paciente antes de la biopsia; si tiene un buen estado general puede irse en los días siguientes; si no, permanece ingresado hasta que se resuelva su enfermedad. Las grapas o puntos se retiran a la semana de la intervención.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, lo que incrementa su riesgo vital y hace mas difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad.

### RIESGOS FRECUENTES

1) Mortalidad (0-1,2%). 2) Hemorragia intracerebral causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,8-3%). 3) Crisis epilépticas (1-30%). 4) Infección: superficial-cutánea (0,1-2%), profunda-cerebritis (más rara), absceso cerebral (complicación casual)

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## BIOPSIA A CIELO ABIERTO

*ACLARACIONES*  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **BIOPSIA A CIELO ABIERTO**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE ..... DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **BIOPSIA A CIELO ABIERTO**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....  
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ..... A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO