



Consentimiento  
Informado para  
Biopsia Incisional y  
CORE sin Ecografía  
por Cirujano

Versión 3.0

## **Consentimiento Informado para Biopsia Incisional y CORE sin Ecografía por Cirujano**

## Consentimiento Informado para Biopsia Incisional y Core sin Ecografía por Cirujano

---

Mi hipótesis diagnóstica es: .....

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

### DECLARO:

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente efectuar el procedimiento de **BIOPSIA INCISIONAL DE MAMA.**

## INFORMACIÓN GENERAL

El objetivo de la biopsia indicada por el médico tratante es obtener un diagnóstico histológico definitivo de la lesión mamaria que el paciente tiene.

Los distintos métodos de biopsia pretenden obtener pequeños fragmentos de tejido mamario que contienen la lesión a estudiar.

Puede requerirse la Biopsia incisional de la piel de la mama, cuando se sospecha el compromiso de ella por el tumor y consiste en extirpar un pequeño losanjo de la piel sospechosa bajo anestesia local.

La biopsia CORE corresponde a la toma de muestras mediante punción con aguja o trocar y usando una pistola semiautomática, bajo anestesia local. Se realiza sin visión ecográfica en lesiones palpables, por el médico especialista en mama.

En las lesiones a biopsiar, el procedimiento se realiza bajo medidas de asepsia y anestesia local habituales.

Previo al procedimiento el paciente deberá advertir al cirujano de posibles estados alérgicos o problemas de coagulación.

Estas biopsias, como todo procedimiento intervencional, no están ajenas a complicaciones, las que son de ocurrencia rarísima.

### **Entre las complicaciones durante el procedimiento, se encuentran:**

- Dolor, a pesar de los anestésicos usados
- Sangramiento venoso, que se controla por compresión local.
- Sangramiento arterial que es más intenso y deja un hematoma más notorio.
- Reacción vasovagal, con bradicardia (lentitud en el pulso arterial) e hipotensión (baja de presión), asociado habitualmente al dolor de la punción.
- Neumotórax por punción accidental de la pared torácica con la aguja con que se efectúa la biopsia, de rarísima ocurrencia, en personas muy delgadas.

**Entre las complicaciones tardías, (días después del procedimiento).**

- Infección en el sitio de la punción. Posterior al procedimiento es esperable:
- Dolor, variable en intensidad en cada paciente. Se controla con analgésicos corrientes.
- Equimosis (coloración morada en la piel) y hematoma (aumento de volumen en el sitio de la punción), variable según cada paciente
- La pequeña herida hecha en piel, por donde ingresa la aguja de biopsia, cierra y sana rápida y espontáneamente, sin requerir sutura ni cuidados especiales.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

---

**CONSIENTO** que se me realice el procedimiento de:

**BIOPSIA INCISIONAL DE MAMA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

---

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En .....(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....