	CONSENTIMIENTOS INFORMADO PARA LA REALIZACION DE BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL	
Version: 3	REALIZADO POR: Claudia Serrano – Directora Científica	CÓDIGO: CAS-FOR-15
Fecha: 23-05-2014		

BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIALES

INFORMACION: La BVC es el nombre que se le da a la técnica que consiste en extraer una pequeña cantidad de la placenta, introduciendo bajo visión ecográfica una aguja delgada pero lo suficientemente larga para atravesar la pared abdominal y alcanzarla o en ocasiones por vía transvaginal. Esta muestra se puede enviar a diferentes análisis de laboratorio según lo que se requiera estudiar.

La prueba se realiza principalmente ante las siguientes indicaciones, después de la semana 11 de gestación:

1. Alteraciones genéticas principalmente anomalías en el número de cromosomas o puntualmente para una alteración específica hereditaria analizando las células fetales contenidas en las vellosidades.
2. Estudio de la paternidad biológica.

La prueba se realiza principalmente ante las siguientes indicaciones, a cualquier edad gestacional:

1. Estudio de la abortos para alteraciones genéticas principalmente anomalías en el número de cromosomas o puntualmente para una alteración específica hereditaria analizando las células fetales contenidas en las vellosidades.
2. Estudio de la paternidad biológica.

El procedimiento se lleva a cabo en condiciones de asepsia con elementos estériles. Sin embargo usted debe saber que aproximadamente 0.5 a 2% de las mujeres sufre un aborto espontáneo después de someterse a la prueba secundario a ruptura del saco o a infección intramniótica. La posibilidad de provocar lesión del feto, el cordón o la placenta existe aunque es mínima pues la visión ecográfica es permanente.

Aún en condiciones ideales puede llegar a requerirse otra muestra debido a cantidad inadecuada, contaminación con sangre o ausencia de tejido fetal, haciendo necesario repetir el procedimiento.

La muestra da resultados específicos sobre las anomalías congénitas para las que se realiza, no asegurando el nacimiento de un bebé completamente sano, pues no existe una sola prueba para todas las anomalías genéticas conocidas.


Se debe tener a mano tipo de sangre pues aumenta el riesgo de isoimmunización en caso de madres Rh negativas. También se le pedirá tener la prueba de HIV reciente, la cual en caso de ser positiva debe ser informada al médico que va a realizar el procedimiento para discutirlo pues aumenta el riesgo de transmisión de la enfermedad al feto.

Posterior a la punción puede presentarse salida de líquido amniótico a través de la vagina y/o dolor abdominal tipo cólico, los cuales por lo general son temporales y de buen pronóstico. Por esto es prudente asistir acompañada al procedimiento y dedicar por lo menos el resto del día a guardar reposo.

CONSENTIMIENTO:

Por medio del presente escrito queremos dejar constancia que el o los Doctores _____, nos han explicado la naturaleza propósitos de este procedimiento, también nos han informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se nos ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaramos cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el artículo 15 de la ley 23 de 1981, y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

Se nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; se nos ha concedido un tiempo prudencial para evaluar nuestra decisión, y se nos ha explicado con claridad y

	CONSENTIMIENTOS INFORMADO PARA LA REALIZACION DE BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL	
Version: 3	REALIZADO POR: Claudia Serrano – Directora Científica	CÓDIGO: CAS-FOR-15
Fecha: 23-05-2014		

suficiencia los riesgos y las posibles complicaciones de esta intervención, así como la posibilidad de requerir procedimientos adicionales en caso de que se presenten las complicaciones descritas con anterioridad. Finalmente manifestamos que hemos leído y comprendido perfectamente lo anterior y que nos encontramos en capacidad de expresar nuestro consentimiento.

Por lo tanto, nosotros (paciente) _____ con identificación No. _____ y (acompañante) _____ con identificación No. _____ damos nuestro consentimiento para que se realice la amniocentesis.

Paciente

Firma

Acompañante

Firma

Médicos

Firma _____

Nombre _____

Documento de identidad _____

Registro medico _____

Firma _____

Nombre _____

Documento de identidad _____

Registro medico _____

El presente documento se firma en Bogotá a los ___ días del mes de _____ de _____.