



Resolución Directoral

Lima, 03 de abril del 2025

VISTO:

El Memorando N°00002-2024-DMEDICINA/HSR, de fecha 02 de enero de 2025, del Departamento de Medicina, Nota Informativa N°000083-2025-OGC/HSR, de fecha 06 de marzo del 2025, de la Oficina de Gestión de la Calidad; INFORME N°000023-2025-UORGANIZACION/HSR, de fecha 24 de marzo del 2025, de la Unidad de Organización, Memorando N°000787-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 25 de marzo del 2025, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico e Informe N°000202-2025-OAJ/HSR, de fecha 28 de marzo de 2025, de la Oficina de Asesoría Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el marco de las funciones establecidas en el artículo 8 del Capítulo III del Reglamento de Organización y funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión técnica respecto a las propuestas de documentos técnicos normativos de la entidad;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 2° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueban el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Señala como Documentos de Gestión al conjunto sistematizado de guías, normas y procedimientos que sirven de referencia a la acción del personal, contribuyendo a regular procesos administrativos o de atención o de servicios de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, establece las disposiciones para elaboración de los Documentos Normativos;

Que, el Capítulo I de la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud la cual tiene por finalidad de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud; así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;



Que, asimismo, el Literal e) del artículo 21° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF), aprobado con Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA, el Departamento de Medicina tiene entre sus funciones generales proponer, ejecutar, y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica integral y especializada, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, el Informe Sustentatorio N° 10-2024-CECAV. de fecha 05 de diciembre de 2024, el Departamento de Medicina, señala que las guías de procedimientos están diseñadas para regular las prácticas de: Aspirado de Medula Ósea (AMO);

Que, el aspirado de medula ósea (AMO) su objetivo principal es facilitar el diagnóstico, confirmación y el estadiaje de enfermedades hematológicas. Además, proporciona información detallada sobre el estado de la celularidad, morfología y maduración de las células hematopoyéticas en los pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa. Precisan que estos procedimientos son esenciales para el diagnóstico, confirmación y estadiaje de enfermedades hematológicas. Este procedimiento está debidamente codificado, (código CPMYS 38220), siendo considerado dentro de los procedimientos de nuestro hospital;

Que, finalmente, la Guía Técnica: Procedimiento para Aspirado de Medula Ósea, contiene la relación detallada de los bienes, insumos médicos, equipos y recursos humanos que participan o se emplean para la ejecución del mismo;

Que, con Nota Informativa N° 000083-2025-OGC/HSR de fecha 06 de marzo de 2025, la Oficina de Gestión de la Calidad, le hace llegar a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Nota Informativa N° 041-2025-MINSA-HSROGC-VST, respecto a la revisión y la aprobación del documento de Guía Técnica: "Guía de Procedimiento para Aspirado de Medula Ósea"; el mismo que fue revisado por el Médico Auditor el cual es conforme;

Que, con Informe N°000023-2025-UORGANIZACION/HSR, de fecha 24 de marzo del 2025, la Unidad de Organización, emite el Informe Técnico del nuevo anteproyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimiento para Aspirado de Medula Ósea" perteneciente al anexo de la Resolución Directoral N°161-2024-MINSA-HSR-DG;

Que, Nota Informativa N°000787-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 25 de marzo del 2025, el Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico, alcanza la propuesta del proyecto denominado "Guía de Procedimiento para Aspirado de Medula Ósea" para su revisión y aprobación, por lo que se emite la opinión técnica favorable, toda vez que el anteproyecto adjunto cumple con lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA;

Que, mediante Informe N°000202-2025-OAJ/HSR, de fecha 28 de marzo del 2025, de la Oficina de Asesoría Jurídica emite opinión jurídica favorable al proyecto de Guía Técnica: "Procedimiento para Aspirado de Medula Ósea", por ceñirse a la normativa de la materia, y;

Con el visto de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Departamento de Medicina, y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

De Conformidad con lo dispuesto en Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. - APROBAR la "Guía Técnica: Procedimiento para Aspirado de Médula Ósea" cuyo documento anexo forma parte integrante de la presente resolución.





Resolución Directoral

Lima, 03 de abril del 2025

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR al Departamento de Medicina la difusión, ejecución y seguimiento del documento denominado "Guía Técnica: Procedimiento para Aspirado de Médula Ósea".

ARTÍCULO 3°.- DISPONER que la oficina de Estadística e informática efectúe la publicación del presente acto Resolutivo en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: <http://hsr.gob.pe>.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,



M.C. RAÚL NALVARTE TAMBINI
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400

RNT/RMMH/gzv.

DISTRIBUCIÓN:

- > Dirección General.
- > Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- > Oficina del Departamento de Medicina.
- > Oficina de Estadística e Informática.
- > Archivo.





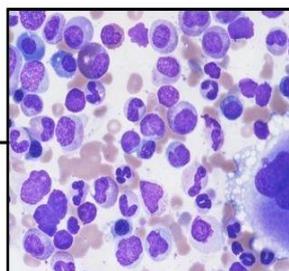
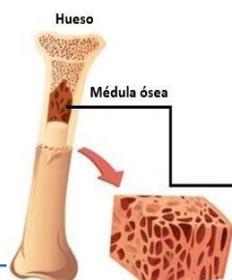
PERÚ Ministerio de Salud



HOSPITAL SANTA ROSA PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



Médula ósea observada en el microscopio 100x

GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTO PARA ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA

ELABORADO POR

- M.C. Carlos Carrasco Vergaray
Medico Hematólogo

REVISADO POR:

- M.C. Henry Martínez Pizarro
Jefe del Servicio de Especialidades Medicas
- M.C. Roger Sernaque Mechato
Jefe del Departamento de Medicina
- M.C. Raquel Cancino Bazán
Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad

APROBADO POR:

- M.C. Raúl Nalvarte Tambini
Director General del Hospital Santa Rosa

ÍNDICE

I. FINALIDAD.....	3
II. OBJETIVOS	3
2.1. OBJETIVO GENERAL	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR Y CÓDIGO CPMS	3
V. CONSIDERACIONES GENERALES	3
5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	3
5.2. CONCEPTOS BÁSICOS	4
5.3. RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	4
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	6
6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.....	6
6.2. INDICACIONES	8
6.3. CONTRAINDICACIONES	9
6.4. RIESGOS O COMPLICACIONES	9
VII. RECOMENDACIONES.....	9
VIII. AUTORES Y FECHA DE ELABORACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
IX. ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
X. BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.

GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO PARA ASPIRADO DE MEDULA OSEA

I. FINALIDAD

Proporcionar métodos de diagnóstico eficientes y oportunos que garanticen la salud integral de pacientes con trastornos hematológicos, mediante procedimientos diagnósticos que cumplan con rigurosos estándares de calidad.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diagnóstico, confirmación y el estadiaje de las enfermedades hematológicas, así como información sobre el estado de la celularidad, morfología y maduración de las células hematopoyéticas (1).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valoración inmunocitológica e histológica de la médula ósea.
- Hacer un análisis de citometría, citogenética y molecular.
- Útil en enfermedades no hematológicas como fiebre de origen desconocido, algunas enfermedades de depósito y otros procesos con capacidad de infiltración de la médula ósea (2).

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Procedimiento es de aplicación en las áreas de hospitalización y consultorios externos del Hospital Santa Rosa.

El procedimiento será realizado por el Médico Asistente Hematólogo perteneciente al Departamento de Medicina – Especialidades Médicas área de Hematología.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR Y CÓDIGO CPMS

Código del CPMS	Nombre del Procedimiento
38220	Aspiración de médula ósea

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1.1 Definición del procedimiento

La exploración morfológica de la médula ósea, dispone de 2 métodos: la citología del aspirado medular (AMO) y el estudio histológico de una muestra de hueso esponjoso (biopsia de médula ósea-BMO).

El aspirado de Médula ósea (AMO) es un procedimiento esencial e invasivo, para el diagnóstico y manejo de muchos desordenes de la sangre y la médula ósea (3), que consiste en la extracción de un pequeño volumen de sangre (AMO), realizado con la finalidad de evaluar la morfología celular (se trata de un estudio citológico) y realizar pruebas especializadas en la

médula ósea (como citometría de flujo para análisis de inmunofenotipo, estudios citogenéticos o moleculares (4)) o mielocultivos.

5.1.2 Aspectos epidemiológicos importantes

Este aspecto no es pertinente, dado que se trata de un procedimiento de diagnóstico.

5.1.3 Consentimiento informado

Debe ser firmado por el paciente o el representante legal previo a la realización del procedimiento. El médico tratante informará y explicará en términos sencillos, en que consiste el Aspirado de la Médula Ósea (AMO); el objetivo, riesgo y beneficios de dichos procedimientos. (Ver Anexo: R.D. N° 161-2024-DG-HSR-MINSA: Consentimiento Informado para AMO Y BMO).

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

El aspirado de la médula ósea es una herramienta útil en el diagnóstico y la estadificación de diversas enfermedades hematológicas y en la evaluación de la celularidad, la morfología celular y la maduración de la médula ósea (5). Y es idóneo (6) para:

- Reconocimiento celular detallado
- Tipificación de blastos
- Estudio del hierro medular
- Enfermedades de almacenamiento e infiltrativas
- Parásitos unicelulares
- Citoquímica, citogenética, biología molecular, citometría de flujo, cultivo microbiológico.

Usualmente, es posible obtener muestras adecuadas de médula ósea del esternón, la cresta ilíaca o de las espinas ilíacas, sin necesidad de sedación intravenosa, mediante la aplicación de analgesia local en la mayoría de los pacientes (1).

5.3 RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

5.3.1 Material e insumos médicos

a. Fungible

- 02 Aguja Espinal Descartable 18G x 3 1/2". (AMO)
- 01 frasco de lidocaína al 2% sin epinefrina.
- Alcohol puro medicinal (70°) o alcohol yodado.
- Clorhexidina 2%, Yodopovidona solución y/o espuma u otro antiséptico.
- Bencina de uso medicinal para limpieza de piel.
- 02 jeringas de 10 cc con aguja.
- 02 jeringas de 20 cc con aguja.
- 01 jeringa de tuberculina.
- 01 aguja No 23.
- 04 paquetes de gasa estéril 10 cm x 10 cm.
- 02 pares de guantes estériles.
- Gasas y esparadrapo para ocluir ostium del proceso o 01 banda adhesiva.
- 10 láminas portaobjetos.
- 02 campos estériles pequeños.
- 01 mandilón, gorro y mascarilla por cada miembro del equipo.
- Dependiendo de las muestras a recoger, se contarán con tubos que contienen EDTA para citometría de flujo, con Heparina para citogenética.

Recursos Humanos

- Médico(a) Hematólogo responsable del procedimiento.

- Licenciado(a) de Enfermera o personal de enfermería que asistirá en el procedimiento.

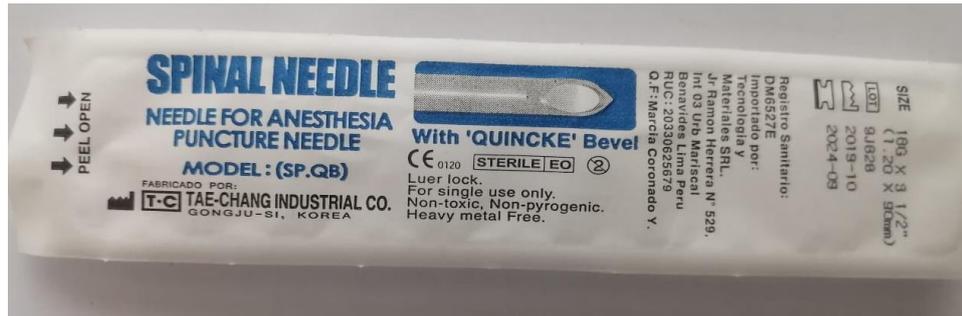
b. No fungible

- Soporte rodante

5.3.2 Productos farmacéuticos

a. Anestésicos locales

- Lidocaína al 2% sin epinefrina.



AGUJA ESPINAL DESCARTABLE 18G x 3 ½”



Materiales para realizar Aspirado o Biopsia de Médula Ósea, tomado de (7)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

6.1.1 Antes del procedimiento

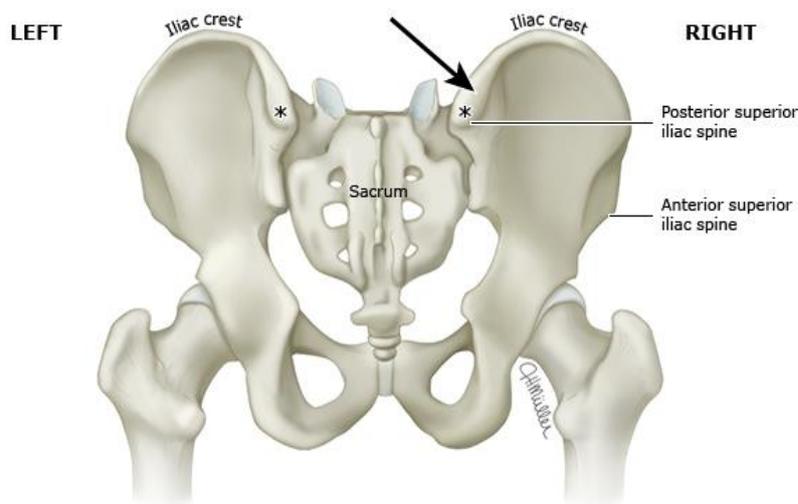
Antes de realizar el procedimiento, es necesario la elección del lugar del aspirado de médula ósea, el uso de premedicación y la necesidad de un asistente, así como determinar la necesidad y la preparación necesarias para realizar pruebas especializadas en las muestras de médula.

También es preferible disponer de un hemograma completo con diferencial y frotis sanguíneo obtenidos el mismo día que la muestra de médula ósea, para permitir la identificación de células específicas y correlacionar la celularidad de la médula ósea con las citopenias de la sangre periférica (5).

Elección del Lugar de Aspiración o biopsia (5):

La cresta ilíaca es el único lugar en el que se pueden realizar con seguridad tanto la aspiración como la biopsia en el adulto.

- La cresta ilíaca posterosuperior es el lugar preferido de exploración en el adulto, así como en el niño y en la mayoría de los lactantes. Este lugar también es el que menos molestias ocasiona al paciente en comparación con otros lugares.



- La cresta ilíaca anterior (fig. 1) puede utilizarse para la aspiración y biopsia de médula ósea en adultos cuando el acceso a la cresta ilíaca posterior es limitado (p. ej., el paciente no puede moverse para acceder adecuadamente al lugar de aspiración elegido, obesidad mórbida, enfermedades cutáneas o radiación previa). Un primer intento de tomar una muestra del hueso ilíaco posterior puede merecer la pena, incluso en neonatos.
- Aspiración esternal (fig.2). Este procedimiento sólo debe realizarse en pacientes mayores de 12 años. Seleccione un nivel del esternón en el segundo o tercer espacio intercostal. La aspiración debe intentarse sólo desde la primera parte del cuerpo del esternón, o desde el manubrio.

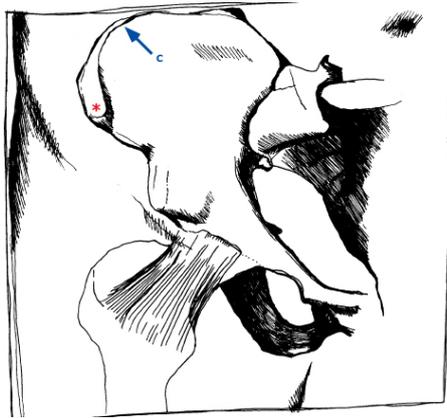


Figura 1

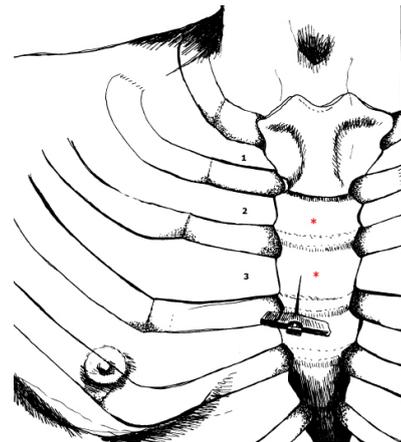


Figura 2

6.1.2 Durante el desarrollo del procedimiento

- Identificar el adecuado sitio de punción.
- Colocar al paciente en la posición adecuada (por lo general, decúbito supino o prono o lateral). Tener en cuenta que el paciente debe estar cómodamente posicionado, teniendo en consideración la duración estimada del procedimiento.
- Asepsia y antisepsia de la zona de punción.
- Administrar anestesia local (lidocaína 2% sin epinefrina) utilizando jeringa 10 cc con aguja hipodérmica 21 G x 1 ½", infiltrando la piel, tejidos blandos y periostio.
- Verificar que la anestesia local ha surtido el efecto deseado, lo cual generalmente toma alrededor de 3 minutos.
- Insertar la aguja de punción hasta alcanzar el hueso esponjoso, manteniendo un ángulo completamente perpendicular con respecto a la prominencia ósea de la cresta iliaca.
- Se pueden emplear los dos dedos iniciales de la mano no utilizada para prevenir movimientos involuntarios o reposicionamientos accidentales de la aguja.
- Cuando la aguja atraviesa la corteza y entra a la cavidad medular, ésta queda sólidamente fijada en el hueso.
- Retirar el mandril o estilete y aspirar aproximadamente 1 a 2 cc de sangre medular con una jeringa de 10 cc. Se mantiene la aguja en su posición original en la zona de punción.
- La sangre se dispone sobre una lámina portaobjetos, se eligen las espículas y se efectúan los extendidos en láminas portaobjetos. Es crucial destacar que la rapidez del operador es esencial en este momento para prevenir la coagulación de la muestra.
- En este momento, es posible obtener muestras adicionales en caso de que se necesiten realizar otros estudios, como, p. ej.: citometría de flujo, citogenética, biología molecular o mielocultivos.
- Extraer la aguja, ya sea reintroduciendo el mandril o manteniendo la jeringa en su lugar.
- Aplicar presión local utilizando gasa estéril para lograr una hemostasia efectiva, y luego cerrar con un apósito también estéril.
- Rotular los tubos, láminas y medios de cultivo con la fecha, la identificación del paciente, número de historia clínica y remitirlas a los laboratorios correspondientes.

6.1.3 Después del procedimiento

- a. Control del dolor, suficiente 01 g de paracetamol VO. Si es necesario, se puede aconsejar al paciente que mantenga una dosis de 500 mg cada 08 horas, durante el periodo de 24 a 48 horas.
- b. Debe indicarse al paciente que informe a su médico tratante si observa hinchazón, sensibilidad marcada, aumento del dolor y/o nuevas hemorragias.
- c. El paciente debe evitar el sobreesfuerzo (p.ej., actividad o ejercicio intenso) durante al menos 24 horas, para evitar posibles dolores o hemorragias en el lugar del procedimiento.
- d. La zona de la aspiración debe mantenerse seca, utilizando un pequeño apósito o vendaje, durante al menos 24 horas para minimizar la posibilidad de infección o hemorragia.
- e. Al finalizar el proceso, es necesario consignar la información en el archivo de procedimientos de medicina, el cual debe ser autenticado con la firma y el sello del médico encargado de llevar a cabo dicha acción.

6.2 INDICACIONES

Es necesario evaluar de manera individualizada las indicaciones y la necesidad de llevar a cabo este procedimiento, a través de una colaboración entre el médico encargado del tratamiento y el médico hematólogo que llevará a cabo la intervención.

6.2.1 Absolutas (5)

- Evaluación de anemia inexplicable, leucopenia, trombocitopenia o pancitopenia.
- Evaluación de elevaciones inexplicables en los recuentos de sangre periférica (p.ej.; policitemia, trombocitosis, leucocitosis).
- Presencia de blastos en frotis periférico (investigación de posible leucemia).
- Diagnóstico, estadificación y seguimiento de trastornos hematológicos malignos (p.ej., leucemias agudas y crónicas, síndromes mielodisplásicos, trastornos mieloproliferativos crónicos, linfomas, mieloma de células plasmáticas, mastocitosis) (7).
- Seguimiento de enfermedad mínima residual (EMR) durante el tratamiento de neoplasias hematológicas.
- Presencia de hematíes en lágrima en frotis periférico (posible mielofibrosis).
- Evaluación del metabolismo y las reservas del hierro cuando las pruebas de laboratorio rutinarias son inadecuadas.
- Evaluación de sospecha de enfermedades de depósito y almacenamiento (p.ej., amiloidosis, enfermedad de Gaucher).
- Evaluación de fiebre de origen desconocido, sospecha de infecciones micobacterianas, fúngicas o parasitarias, o enfermedades granulomatosas.
- Evaluación de esplenomegalia inexplicable (posible linfoma).
- Exclusión de la presencia de enfermedad metastásica o infiltrativa.
- Obtención de muestras para realizar análisis mediante citometría de flujo, citogenética y biología molecular. En situaciones donde no sea posible aspirar médula ósea, se considerará la conveniencia de realizar estas pruebas utilizando sangre periférica.
- Mielocultivos.

6.2.2 Relativas

- Púrpura Trombocitopénica Autoinmune
- Anemias ferropénicas.
- Anemias Hemolíticas Autoinmunes.

6.3 CONTRAINDICACIONES

6.3.1 Absolutas

- Hemofilia grave.
- Coagulación intravascular diseminada grave.
- Trastornos hemorrágicos graves.
- Quemaduras de II y III grado en la región próxima al sitio de punción.

6.3.2 Relativas

- La trombocitopenia independiente de su gravedad, no es una contraindicación. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias, la transfusión de plaquetas para asegurar un recuento de plaquetas > 20000/microL puede estar justificada antes del procedimiento (5).
- Se pueden necesitar precauciones si hay infección en la piel u osteomielitis en la región destinada a la aspiración, o si el paciente no puede mantenerse inmóvil durante la realización del procedimiento.

6.4 RIESGOS O COMPLICACIONES

Las complicaciones luego de un aspirado de médula ósea son poco frecuentes 0.05% (5). Los factores de riesgo de un acontecimiento adverso incluyeron el diagnóstico de un trastorno mieloproliferativo, el tratamiento con aspirina o warfarina, la obesidad o la coagulación intravascular diseminada.

6.4.1 Riesgos o Complicaciones frecuentes

- Hemorragia es la complicación reportada más comúnmente, puede ocurrir en cualquier sitio, es más probable en el individuo con trombocitopenia y/o función plaquetaria anormal, y se asocia más comúnmente con los trastornos mieloproliferativos.
- Las infecciones suelen ser locales, generalmente leve y superficial.
- Trauma a estructuras adyacentes (p. ej. laceración de una rama de la Arteria Glútea).
- Taponamiento cardíaco y muerte súbita cuando se perfora la tabla inferior del esternón por inexperiencia o falta de cuidado.
- Perforación del hueso iliaco con hemorragia retroperitoneal en pacientes con osteoporosis.

6.4.2 Riesgos o Complicaciones poco frecuentes

- Alergia a soluciones antisépticas, a los anestésicos locales o al material aislante.
- Alergia o reacción adversa a la anestesia general.
- Reacción adversa a transfusiones de elementos sanguíneos en el preoperatorio.
- Ruptura de la aguja, se ve raramente.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. La exploración de la médula ósea es útil en el diagnóstico y la estadificación de enfermedades hematológicas, así como en la evaluación de la celularidad general de la médula ósea.
- 7.2. Una fuente potencial de error específicamente pertinente a este procedimiento es la falta de asistencia adecuada. La utilización de asistentes que conozcan los pasos del procedimiento, cómo se preparan las láminas portaobjetos es fundamental para garantizar que el procedimiento se desarrolle sin problemas (8).
- 7.3. La rapidez del procedimiento, la posibilidad de evitar la sedación o la anestesia general y la posibilidad de realizar el procedimiento de forma ambulatoria facilitan un camino eficiente hacia el diagnóstico y el tratamiento, así como una experiencia no traumática para el paciente.
- 7.4. Esta guía debe estar disponible y accesible en las áreas del departamento de medicina.

VIII. ANEXOS

VER R.D. N 161-2024-DG-HSR-MINSA: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMO Y BMO.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Barbara J Bain IBMALML. Dacie y Lewis HEMATOLOGIA PRACTICA. 12th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2018.
2. Cristina Beléndez ECyPG. Punción-aspiración de médula ósea. Anales de Pediatría Continuada. 2007 Enero - Febrero; 5(1): p. 52-54.
3. Shweta Joshi JWSK. Bone Marrow Aspiration an Bone Marrow Biopsy in Hematological Disorders. Biomedical and Pharmacology Journal. 2020; 13(2).
4. Suman Malempati, Sarita Joshi, Susanna Lai, Dana A.V. Braner and Ken Tegtmeyer. Bone Marrow Aspiration and Biopsy. The New England Journal of Medicine. 2009 October; 361(15).
5. Zehnder JL. Bone marrow aspiration and biopsy: indications and technique. UptoDate. 2023 diciembre.
6. Nieto LH. Biopsia de la Médula Ósea: Perspectiva clínico-patológica. 2nd ed.: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; 2017.
7. Hematopoyéticos SUdAIEdPdTdp. GUÍA DE PROCEDIMIENT: ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA - INSN SAN BORJA. 2022..
8. S.H.LEE, W. N. ERBER, A. PORWIT, M. TOMONAGA, L. C. PETERSON. ICSH guidelines for the standardization of bone marrow specimens and reports. International Journal of Laboratory Hematology. 2008 July; 30: p. 349-364.
9. Lucas J. Rindy ARC. Bone Marrow Aspiration and Biopsy. 2023.

Anexo 01:

DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SERVICIO DE ESPECIALIDADES MEDICAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE:

ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA

BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA

(Parentesco)

YO,, Identificado con DNI / CE N°:, de años de edad, Familiar...../ Representante legal del/la PACIENTE de años de edad, identificado con DNI / CE N°:, con Historia Clínica N°, consciente de mis actos, bajo absoluta voluntad y responsabilidad propia:

DECLARO

Me han explicado de forma confidencial, respetuosa y comprensible que es medicamente conveniente para el estudio de mi enfermedad realizar el siguiente procedimiento diagnóstico:

ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA / BIOPSIA DE MEDULA ÓSEA (táchese lo que proceda).

He sido informado(a) que esta prueba contribuye al diagnóstico de la mayoría de las enfermedades hematológicas y de algunas no hematológicas. Consiste en obtener muestras de la médula ósea, lugar en donde el organismo humano fabrica las células de la sangre. Con ello es posible estudiar células anómalas o agentes infecciosos en la médula ósea.

El **ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA** consiste en punzar y aspirar, logrando extraer sangre del interior del hueso seleccionado. El aspirado de médula ósea puede realizarse en el esternón (hueso situado en el centro del pecho) o en la cresta iliaca posterior (parte postero-superior de la cadera).

La **BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA** consiste en la extracción de un fragmento pequeño, sólido y cilíndrico de hueso. La biopsia de médula ósea puede realizarse en la cresta iliaca anterior o posterior (parte anterior o posterior de la cadera).

Dichas pruebas se realizan tras aplicar anestesia local. Por ello, si padezco alguna alergia a los anestésicos, deberé comunicar al médico tratante antes de su realización. También existe la posibilidad, en caso de ser sometido a una operación quirúrgica, de aprovechar ese momento para realizar esta prueba.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:

Que he comprendido las razones generales y particulares por las que este procedimiento puede resultar beneficioso para mi salud (o la de mi familiar), un correcto diagnóstico o seguimiento de la enfermedad que padezco (ce) se traducirá en recibir el tratamiento más adecuado.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:

El riesgo derivado de su NO realización es no poder llegar a un diagnóstico correcto y, por tanto, no estar en condiciones de recibir el tratamiento óptimo.

RIESGOS FRECUENTES

Además, me han informado de que el procedimiento no está exento de posibles efectos secundarios siendo estos: dolor moderado y pasajero, así como un pequeño sangrado o hematoma en la zona de punción.

RIESGOS POCO FRECUENTES

Otras complicaciones posibles pero excepcionales son: que se produzca un hematoma de mayor tamaño que comprima y/o irrite algún nervio cercano, que se produzca infección en la zona de punción, que existan reacciones alérgicas al anestésico local u otro material empleado en la técnica.

RIESGOS O EFECTOS ADVERSOS EN FUNCIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DEL PACIENTE:

Los riesgos o complicaciones que podrían presentarse dada su situación clínica y las circunstancias son:

.....
.....
El **PRONOSTICO es favorable**, dado que se trata de un examen asequible, de ejecución sencilla y con pocas complicaciones técnicas para el profesional capacitado.

RECOMENDACIONES: Se aconseja que el paciente evite realizar actividades extenuantes durante un período mínimo de 24 horas y que comunique a su médico si nota inflamación, sensibilidad marcada, incremento del dolor, sensación alza térmica y/o sangrado en la zona donde se realizó el procedimiento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En consecuencia, en calidad de paciente/familiar/representante legal, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud,

DECLARO:

Todas estas condiciones han sido valoradas por el médico tratante antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el procedimiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, me han dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas y me han aclarado todas las dudas que he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento, objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

AUTORIZO

Que se me realice **ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA** / **BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA**

En señal de conformidad de lo expresado firmo el presente documento.

Pueblo Libre ,...../...../ 20.... Hora:

.....
Paciente/Familiar Apoderado/ RL
D.N.I.:



.....
Médico del Servicio de Medicina
CMP: RNE:

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,, Identificado con DNI / CE N°:....., de..... años de edad, Familiar / Representante legal del/la PACIENTE de años de edad, identificado con DNI / CE N°:, con Historia Clínica N°, consciente de mis actos, bajo absoluta voluntad y responsabilidad propia:

REVOCO el consentimiento firmado en fecha Y **NO AUTORIZO** la realización de **ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA** / **BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA** Declaro además que se me ha hecho

conocer acerca de los riesgos e implicancias médico-legales que genera esta decisión en contra de la decisión tomada previamente, eximiendo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la institución.

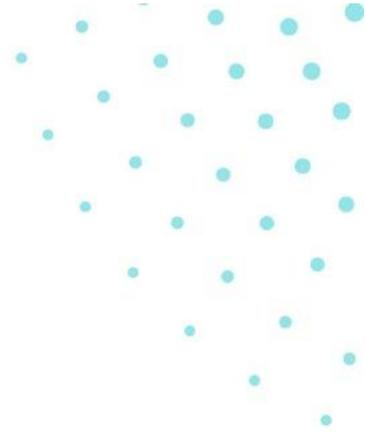
Pueblo Libre,/...../ 20.... Hora:

.....
Paciente/Familiar Apoderado/ RL
D.N.I.:

(Huella dactilar)

.....
Médico del Servicio de Medicina
CMP: RNE:

74



Calidez, ciencia y experiencia a su servicio



 www.hsr.gob.pe

 [HospitalSantaRosaPuebloLibre](https://www.facebook.com/HospitalSantaRosaPuebloLibre)

 [hsrsantarosa](https://twitter.com/hsrsantarosa)

 [Hospital Santa Rosa](https://www.youtube.com/HospitalSantaRosa)