

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE RECONSTRUCCIÓN DE MAMA PROTÉSICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La reconstrucción mamaria protésica consiste en la recreación quirúrgica de un volumen y aspecto similar al de la mama extirpada mediante implantes o prótesis artificiales.

El procedimiento puede realizarse en el mismo acto quirúrgico de extirpación de la mama, (reconstrucción inmediata), o meses o años después de una mastectomía (reconstrucción diferida).

El procedimiento puede realizarse en varias fases:

Primera fase: se introduce una prótesis expansora (una especie de “bolsa” hinchable) debajo del músculo pectoral (a veces debajo de la piel).

Segunda fase: tras el alta, en consultas externas, se realiza un llenado progresivo del expansor con suero, inyectándolo a través de la piel con una periodicidad semanal o quincenal durante 2 a 4 meses, para conseguir expandir la piel del tórax lo suficiente.

Tercera fase: es una nueva intervención donde se retira la prótesis expansora y se sustituye por una prótesis definitiva, normalmente de silicona, en esta fase puede ser necesario realizar algún tipo de procedimiento (reducción, aumento o elevación) sobre la otra mama, con objeto de lograr una simetría más adecuada.

Cuarta fase: se realiza la reconstrucción del “complejo areola-pezones”, para lo que pueden emplearse varias técnicas (tatuajes, injertos, prótesis, etc).

Puede realizarse en dos fases solamente cuando se realice una reconstrucción inmediata con prótesis y posteriormente la reconstrucción del “complejo areola-pezones”

Estas fases pueden variar mucho dependiendo de diversos detalles individuales que se le comentarán en su caso.

La radioterapia previa o posterior sobre la zona intervenida resulta una contraindicación relativa para el procedimiento. El médico indicará cual es el momento adecuado para su realización.

La finalidad es reconstruir la mama que ha sido o va a ser extirpada por una enfermedad o alto riesgo de la misma.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatrices y cambios de la forma, volumen y sensibilidad en el área de la de la mama.
- Dificultad para algunos movimientos con el brazo del lado reconstruido.
- Alteraciones de la lactancia: Tras una mastectomía no es posible dar lactancia, a pesar de la reconstrucción.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- Hematoma.
- Cicatrización anómala o dolorosa.
- Colección de líquido en la herida.
- Hinchazón (edema) transitorio del brazo.
- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida y el pezón.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Colección de líquido en la herida.
- Molestias locales e incapacidad para realizar algunos movimientos.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Reparación de la enfermedad.
- Infección profunda de la herida y de la prótesis.
- Inflamación grave de los ganglios linfáticos del brazo.
- Sangrado abundante, durante la intervención o tras ella, que puede precisar una transfusión de sangre o hemoderivados.
- Necrosis (muerte) de la piel y de la zona de la areola-pezón.
- Incapacidad para el movimiento adecuado del brazo.
- Asimetría excesiva: pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la reconstrucción mamaria.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la prótesis y el expansor:

- Rotura o desinflado del expansor, lo que obligaría a su sustitución.
- Desplazamiento o giro.
- Contractura capsular (retracción excesiva de la cicatriz que se forma alrededor de la prótesis con deformación y/o desplazamiento de la misma). Puede ocurrir al poco tiempo de la cirugía o al cabo de años.
- Extrusión de la prótesis (aparición accidental de la prótesis al exterior por fallo en el proceso de cicatrización, que precisa su retirada).
- Fallos en la propia prótesis (puede romperse o tener escapes), por lo que tiene que retirarse y/o cambiarse.
- La circunstancia de ser portadora de material protésico puede generar una respuesta anómala del sistema inmune por la interacción de los tejidos del organismo con un material "extraño".
- Las prótesis no tienen una vida ilimitada y pueden requerir cirugía de recambio con el tiempo.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Reconstrucción con trasplantes (colgajos) de tejido de otra zona, por ejemplo de la espalda o del abdomen. Las distintas técnicas se escogen en función de las características de la forma corporal y de la calidad de la piel de las zonas de donde se coge el tejido para reconstruir la mama.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE RECONSTRUCCIÓN DE MAMA PROTÉSICA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: