

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La mastectomía es una intervención quirúrgica a través de la cual se extirpa la glándula mamaria. Existen varios tipos de mastectomía en función de las estructuras que se extirpan o que se conservan.

Habitualmente la mastectomía está indicada cuando existe una enfermedad maligna o cuando los riesgos de presentarla son tan altos, que el beneficio de extirparla sin enfermedad alguna es muy elevado.

En la mastectomía subcutánea, se extirpa solamente la glándula mamaria prácticamente en su totalidad, dejando intacta la piel, la areola y el pezón. Suele ser la que se practica con la finalidad de prevenir o disminuir la aparición del cáncer de mama.

Se realiza a través de una incisión que suele estar situada en la parte inferior de la areola y extendida hacia el lateral. El tipo de incisión variará en función del tipo de mama de cada paciente y del tipo de reconstrucción que se realizará después.

La reconstrucción de este tipo de mastectomía sólo requerirá aporte de volumen mediante prótesis, o fragmentos de grasa y piel de otra parte del cuerpo, ya que la cobertura de piel está intacta y se puede hacer en la misma intervención, o en otra posterior.

Este tipo de cirugía deja menos cicatrices visibles y tiene mejores resultados estéticos. Da un aspecto más natural, ya que se conserva la piel de la mama, pudiendo conseguir así una mayor simetría con respecto a la mama del otro lado.

La finalidad de la mastectomía subcutánea es eliminar el tejido mamario que pudiera estar afectado de alguna enfermedad o para la prevención del cáncer de mama en casos concretos.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

- Cambios de la forma, volumen y sensibilidad de la zona.
- Cicatrices.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- Hematoma.
- El complejo areola-pezón puede quedar insensible o deformado.
- Cicatrización anómala o dolorosa.
- Hinchazón (edema) transitorio en el brazo.
- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Colección de líquido en la herida.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Reparación de la lesión.
- Inflamación grave de los ganglios linfáticos del brazo.
- Necrosis (muerte) de la piel y de la zona de la areola-pezones.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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.

### AUTORIZACIÓN PARA "MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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.



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*

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: