

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTECTOMÍA AHORRADORA DE PIEL**

### **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 ahorradora de piel (MAP), se elimina todo o gran parte del tejido mamario, con el tumor, el pezón y la areola (cuando está indicada su extirpación), conservando la mayor parte de la piel sobre el seno. La cicatriz resultante será circular y del mismo tamaño que lo era la areola. Este defecto se podrá cubrir con un colgajo libre o pediculado si la reconstrucción es inmediata, o puede ser cerrado quedando una cicatriz lineal, si la reconstrucción es posterior.

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

Sin embargo, puede que no sea apropiada para tumores más grandes o para aquellos que están cerca de la superficie de la piel. El riesgo de reaparición del cáncer con este tipo de mastectomía es igual que con otros.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

En la mayoría de los casos, las mamas se reconstruyen inmediatamente durante una mastectomía, ya sea con aporte de volumen, parches de piel, expansores de tejido, implantes mamarios o colgajos de tejidos de otra zona. Otras veces la reconstrucción se hace en una segunda intervención, pudiendo colocar un dispositivo en la zona operada que facilitará la reconstrucción estética posterior.

La finalidad de la mastectomía ahorradora de piel es extirpar todo o gran parte del tejido mamario, conservando la piel, para completar el estudio del material extirpado.

### **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.
- 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 frecuente 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

- Radioterapia previa.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Mastectomía simple o radical.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.

### AUTORIZACIÓN PARA "MASTECTOMÍA AHORRADORA DE PIEL"

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.



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

ÁREA DE SALUD  
*Servicio de Obstetricia  
y Ginecología*

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:       |

**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: