

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTECTOMÍA SIMPLE

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 simple, se extirpa toda la glándula mamaria y el área de piel incluyendo el complejo areola-pezón.

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 en la misma intervención con prótesis o colgajos de tejidos, otras veces la reconstrucción se hace en una cirugía posterior.

La finalidad de la mastectomía simple es extirpar la mama enferma, evitando su extensión a los tejidos de alrededor y/o a distancia, como tratamiento único eficaz para ser complementado con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Alteraciones estéticas y del esquema corporal con cicatrices, deformidad sobre el área intervenida, cambios de la forma y sensibilidad.

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.
- Seroma (acúmulo de líquido en la herida).
- 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.
- Tromboflebitis / Trombosis venosa profunda / Embolismo pulmonar: consiste en la aparición de trombos generalmente en venas alejadas de la intervención y que, al aumentar o migrar pueden causar complicaciones circulatorias severas.

- Dificultad para mover el hombro y el brazo por lesión de los nervios de la zona que puede ser transitoria o de forma excepcional permanente.
- Inflamación grave de los ganglios linfáticos del brazo.
- Necrosis de la piel o pérdida de sensibilidad.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión.
- 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. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas en caso de no aceptar la resección quirúrgica.

AUTORIZACIÓN PARA “MASTECTOMÍA SIMPLE”

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



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*

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: