

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTECTOMÍA AHORRADORA DE PIEL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en extirpar la glándula mamaria.

Habitualmente la mastectomía está indicada cuando existe una enfermedad maligna de la mama o cuando los riesgos de presentarla son tan altos, que el beneficio de extirparla sin enfermedad alguna es muy elevado. Se extirpa como mucho el 90% del tejido mamario. En ningún tipo de mastectomía se puede garantizar que se extirpe todo el tejido mamario.

Existen varios tipos de mastectomía en función de las estructuras que se extirpan o que se conservan. La mastectomía ahorradora de piel elimina la glándula mamaria prácticamente en su totalidad junto con la areola y el pezón, dejando intacta la piel.

Se realiza a través de una incisión que puede estar situada en la parte inferior de la areola y extendida hacia el lateral o en el surco submamario. 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 dispositivos, 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. 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.

Este tipo de cirugía deja cicatrices menos 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.

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

Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.

La finalidad de la mastectomía ahorradora de piel es eliminar el tejido mamario que pudiera estar afectado de alguna enfermedad. No se puede asegurar una simetría exacta ni un resultado estético que iguale al de la mama original.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Extirpación del 80-90% del tejido mamario.
- Cambios de la forma, volumen y sensibilidad de la zona (el tacto nunca es el de una mama normal).
- Cicatrices visibles en el lugar en el que se realicen las incisiones. La mayor parte de las cicatrices mejoran con el paso del tiempo pero que no desaparecen en su totalidad.

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 específicos:

- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Seroma (colección de líquido en la herida) que puede requerir punción para vaciarlo.
- Infección de la herida quirúrgica de diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Retraso de la cicatrización: algunas zonas de la piel mamaria pueden no curar normalmente y tardar un tiempo en cicatrizar.
- Necrosis cutánea (pérdida de vascularización de la piel) que conlleva la posibilidad de dejar al descubierto la prótesis colocada (en caso de reconstrucción con prótesis), haciendo fracasar la reconstrucción.

Riesgos menos frecuentes y/o graves:

- Reparación de la lesión.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- 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.
- Dolor crónico: es muy infrecuente y puede estar causado por el atrapamiento de nervios en el tejido cicatricial después de la intervención.
- Resultado insatisfactorio tanto con el tamaño como con la forma de las mamas.
- Necrosis grasa (las células de tejido graso mueren).
- Reacciones alérgicas o intolerancia al material de sutura o al vendaje.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- 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 haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

Ante la aparición de complicaciones tras la cirugía, hay que tener en cuenta que se puede producir un retraso en el inicio del tratamiento oncológico postoperatorio, en caso de que sea necesario.

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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- 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.

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: Servicio de



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

LOGOTIPO 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: