

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTECTOMÍA SIMPLE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

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 elevada.

El procedimiento consiste en extirpar la glándula mamaria. Existen varios tipos de mastectomía en función de las estructuras que se extirpan o que se conservan.

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

En algunos 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.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, y siempre con la intención de proporcionar el tratamiento más adecuado.

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

La finalidad de la mastectomía simple es extirpar la mama enferma. Evitar 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

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:

- Seroma (acúmulo de líquido en la herida).
- Reparación de la lesión.
- Infección de la herida quirúrgica con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).
- 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.
- 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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

En caso de rechazo de la cirugía, el tratamiento puede incluir:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.

AUTORIZACIÓN PARA "MASTECTOMÍA SIMPLE"

Yo, D./D^a. _____, 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^a. _____, 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



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

me entrega COPIA del mismo.

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: Servicio de |

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: