

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

INFORMACIÓN GENERAL

La mastectomía subcutánea o mastectomía con conservación de la piel de la mama y del complejo areola-pezón es una alternativa quirúrgica que consiste en extirpar el tejido glandular de la mama a través de una incisión amplia en el surco submamario o alrededor de la areola (posible en algunos casos de mamas pequeñas). Sirve para eliminar el tejido mamario que pudiera estar afecto o para la prevención del cáncer de mama en casos concretos. Se extirpa como mucho el 90% del tejido mamario. En ningún tipo de mastectomía se puede “garantizar” que se extirpe todo el tejido mamario y menos si se conserva la areola-pezón, puesto que es el lugar donde más tejido glandular existe. Por el mismo motivo, no será una intervención preventiva del cáncer al 100%.

En la actualidad este tratamiento no es el adecuado si ya se ha diagnosticado un carcinoma infiltrante en esa mama.

Habitualmente se asocia a reconstrucción en el mismo acto quirúrgico, que puede ser mediante implantación de una prótesis, de un expansor para sustituirlo posteriormente por una prótesis definitiva o bien de un fragmento de grasa y piel transportado desde la espalda o el abdomen (reconstrucción con tejido autólogo).

No hay indicaciones absolutas para este tipo de mastectomía, por lo que debe ser una opción muy meditada, valorando los riesgos-beneficios.

EFFECTOS Y BENEFICIOS

Extirpación de un porcentaje alto (80% -90%) del tejido mamario. Se pierde siempre la sensibilidad del pezón y el tacto nunca es el de una mama normal.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Son diferentes en cada paciente e incluyen desde la mastectomía simple (con resección de la areola-pezón) a la no realización de ningún procedimiento quirúrgico, sustituyéndolo por una vigilancia adecuada y estricta.

RIESGOS

Los más frecuentes:

- 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 no desaparecen en su totalidad.
- Seroma (acumulación de líquido seroso, que puede requerir punción para vaciarlo).
- Dehiscencia (apertura) de la herida que provoque una cicatrización retrasada. Por tensión de los bordes de la herida, necrosis o infección, puede darse una dehiscencia que requiera una nueva cirugía para resolverla.
- Contractura (firmeza excesiva de la mama reconstruida).
- Retraso en la cicatrización. Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la piel mamaria o del pezón pueden no curar normalmente y tardar un tiempo en cicatrizar.
- Asimetría. Pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, entre un lado y otro. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de ésta cirugía.

Los más infrecuentes:

- Hemorragia. Aunque infrecuente, si ocurre, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, además de una transfusión de sangre.
- Es posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón. Las pacientes fumadoras tienen un mayor riesgo de pérdida de piel o de complicaciones en la cicatrización.
- Infección. Si ocurre, puede requerir tratamiento antibiótico intravenoso, incremento del número de curas o cirugía adicional de forma excepcional.
- Necrosis cutánea (pérdida de vascularización de la piel) o necrosis de la areola. Esto puede hacer que se pierda parte de la areola que se pretende respetar y puede dejar al descubierto la prótesis subyacente (en caso de reconstrucción con prótesis), haciendo fracasar la reconstrucción. Las pacientes fumadoras tienen mayor probabilidad de necrosis cutánea.

Otros riesgos:

- Resultado insatisfactorio en simetría, necrosis grasa, necrosis cutánea, reacciones alérgicas al material de sutura o de vendaje. Las fumadoras tienen un riesgo mayor de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización.

SITUACIONES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA

Persistencia del riesgo de cáncer en el tejido mamario que no se ha extirpado.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinar para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

.....

.....

.....

.....

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante legal o del paciente,

Firma del médico,

.....

.....

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).

FIRMA DEL PACIENTE:

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo:

Firma del paciente,

Firma de testigo,

Firma del médico,

.....

.....

.....

IMÁGENES EXPLICATIVAS

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).