

**Documento de Consentimiento Informado**  
**“MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA”**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

El objetivo de la cirugía que se le propone es el control y tratamiento de la enfermedad local de la mama y que usted padece.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La cirugía consiste en la extirpación completa de la mama. Ello incluye la piel que la recubre, el pezón con su areola, la fascia del músculo pectoral que es el que está situado justo por detrás de la misma, y los ganglios linfáticos de la axila del mismo lado .

Esta intervención precisa anestesia. El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

**En mi caso el tipo de cirugía que se efectuará será:**.....  
 .....

**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA**

Al extirparse toda la mama, se alterará la anatomía de la zona y la percepción de su imagen corporal, lo cual puede tener efectos en su autoestima y en su estado de ánimo.

**RIESGOS GENERALES**

No existen contraindicaciones absolutas para esta cirugía. Aun así, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por la situación vital de cada persona (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

**RIESGOS ESPECÍFICOS**

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica suelen ser poco graves y relativamente frecuentes:

**Los más frecuentes**

- Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica.
- Colección de líquido en la herida.
- Inflamación de las venas (flebitis).
- Edema transitorio del brazo.

- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

**Los más graves**

- Sangrado importante.
- Dificultad para la movilidad del hombro y brazo por lesión de nervios de la zona.
- En el caso de extirpación de los ganglios de la axila, puede aparecer un edema crónico del brazo por bloqueo linfático en grado variable, aproximadamente en el 30% de los casos, cuando se alteran los vasos o ganglios linfáticos. Cuando esto ocurre usted puede notar tirantez, dolor, debilidad e hinchazón en el brazo afectado. Sin embargo, cada persona puede experimentar los síntomas de una forma diferente.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

**RIESGOS PERSONALIZADOS** (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....  
.....

**ALTERNATIVAS**

Me han explicado que en mi caso en particular este es el tratamiento más eficaz para el control local de mi enfermedad. También se me ha informado de la existencia de otras posibles alternativas como tratamiento quimioterápico, radioterápico, hormonoterápico o combinaciones de éstos, con sus respectivas complicaciones.

Apellidos y nombre de la **paciente** .....

.....

DNI de la **paciente** .....

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente\* .....

.....

DNI del **representante legal** de la paciente\* .....

**AUTORIZACIÓN**

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa .....

Nombre del **médico** que informa .....

Nº de colegiado .....

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (\*)

\* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar .....

**REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)**

Firma y DNI de la **paciente o su representante\***

\* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento