

Consentimiento Informado para Mastectomía Conservadora de Piel

Introducción: La mastectomía consiste en la extirpación de toda o una parte de la glándula mamaria y tejido adiposo mamario. Su indicación puede estar dada por diversas patologías como ser la presencia de una neoplasia maligna mamaria así como en aquellos pacientes atravesando el proceso de cirugías para cambio de género. Dependiendo de la indicación de la misma puede o no conservarse la piel y/o complejo aréola pezón. Existen varias técnicas quirúrgicas para llevar esto a cabo y la elección de la misma dependerá de la patología subyacente, características de la mama a tratar y preferencias del cirujano tratante.

Riesgos:

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Infección.

Pueden darse **cicatrices anormales** tanto en la piel como en los tejidos profundos.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

Asimetría.

Seroma (cúmulos de fluido).

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Firmeza: Excesiva, puede ocurrir tras la cirugía debido a cicatrización interna o necrosis grasa. No es predecible, si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos por tratamiento dentro del tejido cicatricial después de una mastectomía. Pueden requerir procedimientos adicionales para la solución a dicha complicación.

Embolias: A nivel de miembros inferiores o a nivel pulmonar por la duración de este tipo de cirugía, que eventualmente puede conducir a la muerte.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: La mastectomía es una operación quirúrgica electiva. Las alternativas dependen de la patología mamaria subyacente que llevó a la indicación de la misma. En pacientes seleccionados se ha utilizado liposucción para reducir el tamaño de las mamas. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

Responsabilidad financiera: El costo de la cirugía incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

1. Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar Mastectomía Conservadora de Piel _____.

2. Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
3. Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
4. Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y su mantenimiento a largo plazo.
5. Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
6. Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
7. Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después de la cirugía y hasta el alta.
8. Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
9. No estoy embarazada ni en período de lactancia.
10. Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
11. Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos quirúrgicos o procedimientos para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
12. Confirmando que la cirugía, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____