

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA

Nº Historia: .....

Doña: ..... de ..... años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI N° .....

Don/Doña: ..... de ..... años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI N° .....

En calidad de ..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

## DECLARO

Que el DOCTOR/A.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA por presentar.....

1. Debido a la situación clínica del proceso, localización y sus características, puedo ser sometida a una cirugía conservadora de mama, con unos resultados similares a los obtenidos con terapéuticas quirúrgicas más agresivas:

- a) Extirpación de un área conflictiva de la mama previamente señalizada con aguja/s de Kopans (arpon/es).
- b) Tumorectomía (resección de la tumoración).
- c) Resección segmentaria (resección de un segmento de tejido mamario, y la fascia pectoral subyacente (-en caso de malignidad -).
- d) Cuadrantectomía o mastectomía parcial (extirpación de un cuadrante de toda la mama, y la fascia pectoral subyacente (-en caso de malignidad -).
- e) Mastectomía subcutánea o (exéresis de la glándula mamaria, dejando la piel, el tejido graso subcutáneo y el pezón).
- f) Mastectomía simple (extirpación completa de la glándula mamaria que incluya la piel, tejido graso subcutáneo y pezón).
- g) Linfadenectomía axilar (extirpación de los ganglios linfáticos axilares), únicamente como complemento a cirugía mamaria por proceso maligno.

He sido informada, y estoy de acuerdo, de que generalmente es necesario realizar un tratamiento complementario con radioterapia sobre la mama restante- sólo en casos de malignidad-. En estos casos, además pueden ser necesarios otros tratamientos (quimioterapia, hormonoterapia, rehabilitación...etc.

En mi caso, en principio se practicará .....

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (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.

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica pueden ser:

- a. Infecciones postoperatorias (que a veces requieren drenaje y tratamiento antibiótico).
- b. Hemorragias intraoperatorias (sobre todo si se realiza limpieza axilar, pudiendo ser necesario la realización de transfusión "intra o postoperatoria"). En casos muy raros pueden producirse lesiones vasculares y/o neurológicas.
- c. Hematomas postoperatorios (consiste en la acumulación de sangre en el lecho quirúrgico, que, a veces, requiere un drenaje quirúrgico).
- d. Seromas postoperatorios (acumulación de líquido seroso generalmente en polo inferior de axila, que en algún caso requiere punción-aspiración para vaciado).
- e. Edema de brazo (es la complicación más frecuente). Consiste en la formación de un linfedema en la extremidad superior, debido, sobre todo, a la interrupción de drenaje linfático, por la exéresis de los vasos y ganglios linfáticos axilares.
- f. Contracturas cicatriciales.
- g. Limitación de la movilidad del hombro.

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

3. **Por mi situación actual,** el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

4. **Anestesia:** La cirugía conservadora de mama precisa anestesia general, que será valorada previamente a la intervención por el Servicio de Anestesia.

5. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

6. **Anatomía Patológica:** La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

**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.

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.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice una CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA

En .....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

### REVOCACIÓN

DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON/DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE.....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)