



Consentimiento
Informado para
Reconstrucción
Mamaria Diferida

Versión 3.0

Consentimiento Informado para Reconstrucción Mamaria Diferida

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA

Mi hipótesis diagnóstica es:

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA.**

– La reconstrucción mamaria diferida consiste en la formación de una neomama o mama nueva, en una cirugía posterior a la realización de una mastectomía total, la que

habitualmente se realiza una vez terminados los tratamientos oncológicos adyuvantes a un cáncer de mama.

- La reconstrucción mamaria diferida habitualmente implica la formación de la nueva mama en un primer tiempo operatorio y luego de algunos meses (cuando la neomama cae y toma su posición y forma definitiva), se realizarán las cirugías de simetrización, remodelación y reconstrucción de areola y pezón.
- Esta reconstrucción mamaria diferida puede hacerse básicamente mediante dos métodos, dependiendo de la edad, patologías o enfermedades agregadas de la paciente, cirugías abdominales y torácicas previas y tratamientos adyuvantes recibidos como la Radioterapia sobre la pared torácica.
- **Reconstrucción mamaria diferida con prótesis o expansor-prótesis de silicona:** consiste en la realización de un bolsillo en la zona pectoral, correspondiente al lecho de la mastectomía total y habitualmente por detrás del músculo pectoral, donde se instalará la prótesis o expansor-prótesis de silicona, la que formará la neomama.
- **Reconstrucción mamaria diferida con tejido autólogo:** consiste en la formación de una neomama, mediante la utilización de un colgajo músculo cutáneo, que puede ser de músculo dorsal ancho (músculo ubicado en la espalda) o de músculo recto abdominal. Este colgajo, puede ser pediculado (ir pegado a los vasos sanguíneos que dan su irrigación) o bien ser libre (en cuyo caso deberá realizarse una anastomosis micro quirúrgica para lograr su irrigación). Estos colgajos, implican que para la formación de la neomama se utilizará el propio tejido de la paciente.
- La cirugía de reconstrucción mamaria diferida **con colgajo miocutáneo** es una cirugía de alta complejidad, habitualmente realizada por dos equipos quirúrgicos que trabajan en forma simultánea, uno preparando el lecho o sitio de la mastectomía que recibirá el colgajo y el segundo, preparando el colgajo miocutáneo que formará la nueva mama.
- Cuando la reconstrucción mamaria diferida ocupa el **colgajo de recto abdominal**, la cirugía debe incluir habitualmente la reparación de la pared abdominal que ha perdido uno o ambos

músculos rectos anteriores, mediante la instalación de una malla de Prolene, a fin de evitar la aparición de hernias o eventraciones de la zona dadora.

- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.
- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos como: sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial o profunda de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación, formación de seromas de la zona operatoria, sufrimiento y pérdida parcial o total del colgajo miocutáneo, en cuyo caso deberá evaluarse el momento más adecuado para la realización de cirugías complementarias de aseo, extirpación de la necrosis o incluso del colgajo completo cuando éste se ha perdido en su totalidad, aparición de hernias y eventraciones de la zona dadora abdominal aun cuando se haya reparado la pared abdominal con la malla, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
- También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
- Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
- Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

- 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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....
(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o Familiar responsable)

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

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....