

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLOCACIÓN DE EXPANSOR TISULAR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MAMA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La operación consiste en la colocación de un expansor en un bolsillo que el cirujano preparará entre el músculo pectoral mayor y los músculos vecinos; después en sucesivas visitas ambulatorias y de forma periódica se inyectará en el mismo una solución de suero salino fisiológico hasta conseguir el volumen preestablecido.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

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.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Mediante este procedimiento y como parte integral del tratamiento de mi cáncer de mama se pretende la inserción de un expansor tisular temporal o definitivo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la colocación del expansor existiendo otras opciones como la reconstrucción con un colgajo de músculo dorsal ancho que también suele precisar la colocación de un expansor definitivo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La intervención y sus posibles consecuencias, independientemente de la perfecta ejecución conlleva una cicatriz residual y una asimetría mamaria.

Conozco que para conseguir la simetría mamaria será precisa una nueva intervención quirúrgica.

RIESGOS FRECUENTES

1. Contractura de la cápsula que se forma alrededor del expansor con el consiguiente engrosamiento del tejido que rodea al mismo y la sensación molesta y dolorosa que lo acompaña. El tratamiento de la contractura capsular puede requerir cirugía, cambio del implante o retirada del mismo.

2. Infección de la herida quirúrgica y/o del expansor

3. Necrosis (muerte de la piel) cutánea y extrusión o exteriorización del expansor.

4. Adelgazamiento y deformación de la piel situada encima del expansor.

En caso de que el expansor sea temporal conozco que deberá ser sustituido dentro de un cierto tiempo por una prótesis definitiva que ocupará la cavidad creada por el expansor. Si el expansor es definitivo se que puede necesitar un recambio del mismo o simplemente una intervención para retirar la válvula a través del cual se expande.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLOCACIÓN DE EXPANSOR TISULAR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MAMA

RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN
MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **COLOCACION DE EXPANSOR TISULAR PARA LA RECONSTRUCCION DE LA MAMA**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **COLOCACION DE EXPANSOR TISULAR PARA LA RECONSTRUCCION DE LA MAMA**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO
FIRMA Y SELLO MÉDICO