

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE  
MASTECTOMÍA PARCIAL CON O SIN MARCACIÓN ECOGRÁFICA Y/O MAMOGRÁFICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Cirugía de Mastectomía Parcial Con o Sin Marcación Ecográfica y/o Mamográfica**, es un procedimiento mediante el cual se pretende realizar una biopsia a través de la extirpación de toda la lesión mamaria, con bordes macroscópicamente libres (**Mastectomía Parcial**), por no conocerse el carácter benigno o maligno de ella en el preoperatorio.

Esta mastectomía parcial puede ser realizada sin marcación pre operatorio en aquellos casos en que la **Lesión** sea **Palpable** y con marcación o localización ecográfica en piel y/o marcación mamográfica con aguja en aquellos casos en que la **Lesión** sea **No Palpable**.

La **Marcación Ecográfica en Piel** habitualmente se realiza en el caso de nódulos no palpables y consiste en realizar una cruz o círculo en la piel de la mama sobre la proyección del nódulo, visto bajo ecografía previo a la cirugía.

La **Marcación Mamográfica con Trocar o Aguja** se realiza habitualmente en el caso de **Micro calcificaciones** o en nódulos no palpables y tampoco visibles bajo ecografía y consiste en la introducción de una aguja de marcación en la zona mamaria donde se ubica la lesión, bajo anestesia local y comprobación mamográfica de su correcta ubicación, a fin de que el cirujano se guíe en la extirpación con dicho trocar o aguja. Es posible que se agregue a esta marcación mamográfica una marcación ecográfica en piel para mejor localizar la lesión.

Dependiendo de una serie de factores, el diagnóstico definitivo puede obtenerse en breves minutos durante la cirugía (**Biopsia Intraoperatoria o Rápida**, posible de realizar habitualmente en nódulos) y según éste se puede continuar en la misma operación con el tratamiento quirúrgico definitivo correspondiente (ganglio centinela, disección axilar, mastectomía total, implante de catéter con reservorio para quimioterapia).

En algunos casos de nódulos no palpables y habitualmente en todos los casos de micro calcificaciones, no es posible realizar la biopsia intraoperatoria y ésta consistirá en una **Biopsia Diferida**, es decir, cuyo resultado se obtendrá unos 7 a 10 días posteriores a la cirugía. El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como **otros específicos del procedimiento:**

- Sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención
- Infección superficial de las heridas
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (marque con una X):

**Lado derecho**

**Lado izquierdo**

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Mastectomía Parcial Con o Sin Marcación Ecográfica y/o Mamográfica**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE MASTECTOMÍA PARCIAL CON O SIN MARCACIÓN ECOGRÁFICA Y/O MAMOGRÁFICA**, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)