

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Las mujeres que poseen mamas grandes pueden experimentar una serie de problemas derivados del peso y tamaño de estas, tanto de carácter mecánico (dolor de espalda, cuello y hombros, irritación cutánea, etc), como de carácter psicológico.

La reducción mamaria se realiza con el fin de intentar mejorar estos síntomas y secuelas, más que por mejorar el aspecto de las mamas, sin embargo, una reducción mamaria puede no mejorar el dolor en el cuello, espalda y hombros.

La mamoplastia de reducción es una intervención quirúrgica que consiste mediante una serie de incisiones en diferentes puntos mamarios, en la extirpación de un volumen sobrante más o menos importante de piel, grasa y tejido glandular mamario y la remodelación de forma simultánea de la forma de las mamas.

El cirujano intentará lograr la simetría entre ambos senos, sin embargo, es probable que ocurra alguna variación en el tamaño y la forma de estos. Es posible que también se reduzca el tamaño de la areola.

La intervención se realiza con anestesia general.

La finalidad del procedimiento es disminuir el tamaño y volumen de las mamas manteniendo su función e intentando lograr una estética adecuada.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Cicatrices alrededor de la areola, debajo del surco de la mama y en diferentes puntos mamarios, que pueden atenuarse con el tiempo, pero nunca desaparecen por completo.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Cambio en la sensibilidad del pezón y la piel de la mama.
- Diferencias en el tamaño, la forma y la simetría de las mamas, pezones y areolas, lo que podría necesitar más intervenciones.
- Alteraciones de la lactancia (dificultad o incapacidad para amamantar).
- Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- Hematoma.
- Cicatrización anómala, dolorosa o retrasada.
- Hinchazón (edema) transitorio en los brazos.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Seroma (selección de líquido en la herida).
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.

- Posibilidad de un resultado pobre o insatisfactorio en la cirugía de reducción mamaria. Usted puede quedar insatisfecha tanto con el tamaño y/o la forma de las mamas.
- Tensión o firmeza excesiva, que produce malestar o dolor.
- Necrosis (muerte) de la piel y de la zona areola-pezón, parcial o total.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

En la práctica de la medicina y la cirugía, no existe ninguna garantía expresa o implícita sobre los resultados que vayan a obtenerse, aunque se esperen buenos resultados.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones

### CONTRAINDICACIONES

Enfermedades del tejido conjuntivo.

- Radioterapia previa.
- Infección activa en la zona a intervenir.
- Obesidad patológica.
- Tratamiento conservador previo de cáncer de mama.
- Ciertos trastornos psicológicos o psiquiátricos no controlados, pueden contraindicar la práctica de esta intervención.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Terapia farmacológica, dietética y física (fisioterapia), para tratar el dolor.
- Uso de prendas interiores específicas para sostener mamas grandes.
- En pacientes seleccionados se ha utilizado también la liposucción para reducir el tamaño de las mamas.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Cirugía General  
y Digestiva

**AUTORIZACIÓN PARA “MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: