

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SIMETRIZACIÓN DE MAMAS MEDIANTE REDUCCIÓN, AUMENTO O PEXIA

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

La técnica consiste en adaptar la forma y el volumen de la mama del lado contrario a la operada, con el fin de alcanzar el aspecto más similar posible (sobre todo en volumen y proyección) al de esta última. Esto se consigue mediante alguno de los siguientes procedimientos:

- **Plastia (Mamoplastia) de reducción:** consiste en la extirpación de una parte del tejido mamario para disminuir el volumen de la mama en la proporción necesaria para lograr una simetría aceptable respecto a la otra mama. Se realiza a través de una incisión que engloba toda la areola circularmente y que se prolonga hacia abajo (cicatriz vertical) o en forma de T invertida. En ocasiones, la areola y el pezón necesitan ser extirpados e injertados de manera independiente.
- **Aumento mamario:** consiste en la colocación de una prótesis (generalmente de silicona), en la mama contralateral a la previamente intervenida con objeto de alcanzar un volumen adecuado para hacerla simétrica a la anterior. La prótesis se coloca detrás de la glándula o del músculo pectoral a través de una incisión alrededor de la areola, en el pliegue inferior de la mama o en la axila.
- **Pexia (Mastopexia):** consiste en la elevación y corrección de una caída excesiva de la mama (la areola y el pezón caen por debajo del pliegue inferior de la mama). Se realiza a veces en combinación con la reducción de la mama, cuando es necesario a través de una incisión que engloba toda la areola circularmente y que se prolonga hacia (cicatriz vertical) o en forma de T invertida. Puede realizarse a través de otros tipos de incisiones, quedando las cicatrices en otras localizaciones.

La elección de una u otra técnica será hecha mediante el criterio del médico, que informará y consensuará con el paciente.

La técnica que se va a realizar en este caso es.....

La finalidad de la técnica es alcanzar la mayor simetría posible de la mama sana con respecto a la mama tratada previamente.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatrices y alteraciones de la forma y sensibilidad de la piel en el área intervenida.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas.

Riesgos más frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- Hematoma.
- Cicatrización anómaloa o dolorosa.
- Hinchazón (edema) transitorio del brazo.
- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida y el pezón.
- Molestias locales que pueden llevar asociada incapacidad para algunos movimientos.

- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Acúmulo de líquido en la herida (seroma).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección profunda de la herida y de la prótesis.
- Inflamación grave de los ganglios linfáticos del brazo.
- Sangrado abundante, durante la intervención o tras ella, que puede precisar una transfusión de sangre o hemoderivados.
- Incapacidad para el movimiento adecuado del brazo.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la prótesis:

- Contractura capsular (retracción excesiva de la cicatriz que se forma alrededor de la prótesis con deformación y/o desplazamiento de la misma), causando en ocasiones dolor local. Puede ocurrir al poco tiempo de la cirugía o al cabo de años.
- Extrusión de la prótesis (aparición accidental de la prótesis al exterior por fallo en el proceso de cicatrización, que precisa su retirada).
- Fallos en la propia prótesis (puede romperse o tener escapes), por lo que tiene que retirarse y/o cambiarse.
- Las prótesis no tienen una vida ilimitada y pueden requerir cirugía de recambio con el tiempo

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

### 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.

*Informe a su médico si está en curso con tratamiento de quimioterapia, radioterapia...etc porque puede interferir (retrasar o dificultar) alguno de estos tratamientos.*

### CONTRAINDICACIONES

No tiene

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Uso de prendas interiores específicas con o sin prótesis externas adaptadas para que el aspecto con ropa sea más adecuado.

**AUTORIZACIÓN PARA “SIMETRIZACIÓN DE MAMAS MEDIANTE REDUCCIÓN, AUMENTO O PEXIA”**

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

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

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: