

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en la extirpación de un volumen más o menos importante de grasa y tejido glandular mamario mediante una serie de incisiones en diferentes puntos mamarios y, simultáneamente, la remodelación de la forma de la mama.

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.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos intraoperatorios, y siempre con la intención de proporcionar el tratamiento más adecuado.

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

Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.

La finalidad de la reducción mamaria es mejorar los problemas derivados del peso y tamaño de las mamas manteniendo además, su función e intentando lograr una estética adecuada. No se puede asegurar una simetría exacta ni un resultado estético que iguale al de la mama original.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

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:

- Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel, incluso pérdida permanente de la sensibilidad tras una mamoplastia de reducción en uno o ambos pezones.
- Edema (hinchazón) transitorio en los brazos.
- Seroma (acúmulo de líquido en la herida).
- Infección de la herida quirúrgica con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida con posibilidad de aparición de fístulas permanentes o temporales.
- Dolor musculoesquelético en el cuello, espalda y hombros. Una reducción mamaria puede no mejorar el dolor.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).
- Firmeza excesiva por endurecimiento de la mama tras la cirugía debido a cicatrización interna o a necrosis grasa. Esta situación puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.
- Resultado insatisfactorio: tanto con el tamaño como con la forma de las mamas.
- Retraso en la cicatrización y necrosis cutánea por una apertura de la herida o de una

cicatrización retrasada. Es incluso posible sufrir pérdida de parte de piel o tejido de la mama o de la areola-pezones.

- Asimetría excesiva (diferencias) en el tamaño, la forma y la simetría de las mamas, pezones y areolas, que puede requerir cirugía adicional.
- Reacciones alérgicas, o intolerancia al material de sutura o preparados tópicos.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Alteraciones de la lactancia: aunque algunas mujeres son capaces de dar lactancia después de una reducción mamaria, generalmente esto no es predecible. Si usted planea dar lactancia después de una reducción mamaria, es importante que lo discuta con su cirujano antes de someterse a la mamoplastia de reducción.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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.

CONTRAINDICACIONES

- Enfermedad del tejido conjuntivo (esclerodermia, etc.)
- Tras tratamientos de radioterapia local.
- Infección activa en la zona anatómica a intervenir.
- Ciertos trastornos psicológicos o psiquiátricos.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- No llevar a cabo la intervención.
- Utilizar terapia dietética (promover el adelgazamiento), etc.
- Terapia física (rehabilitación / fisioterapia).
- Tratamiento farmacológico para tratar el dolor.
- Uso de prendas interiores específicas para sostener mamas grandes.



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

LOGOTIPO ÁREA DE SALUD

Servicio de Obstetricia y
 Ginecología

AUTORIZACIÓN PARA "MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN"

Yo, D./Dª. _____, 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./Dª. _____, 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: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de
--	---

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: