

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

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en adaptar la forma y el volumen de la mama del lado contrario a la previamente operada. Su objetivo es alcanzar el aspecto más similar posible (sobre todo en volumen y proyección) al de esta última. Para ello se realizará el siguiente procedimiento (marcar uno o varios):

☐ **Plastia (Mamoplastia) de reducción:** consiste en la extirpación de una parte del tejido mamario para disminuir el volumen de la mama. Generalmente se realiza a través de una incisión que engloba toda la areola circularmente y que se prolonga hacia abajo hasta el pliegue inferior de la mama, donde acaba directamente (cicatriz vertical) o también en forma de “T” invertida. En ocasiones, la areola y el pezón necesitan ser extirpados e injertados independientemente.

☐ **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 corrección de una caída excesiva (ptosis) 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 abajo hasta el pliegue inferior de la mama, donde acaba directamente (cicatriz vertical) o en forma de “T” invertida. Puede realizarse a través de otros tipos de incisiones quedando las cicatrices en otras localizaciones.

Es posible 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.

En el caso de la colocación de una prótesis, esta no tiene una vida ilimitada y puede requerir cirugía de recambio con el tiempo.

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

Mediante este procedimiento se pretende alcanzar la mayor simetría (volumen y aspecto) posible de la mama sana (contralateral) respecto a la mama intervenida con anterioridad. No se puede asegurar una simetría exacta ni un resultado estético que iguale al de la mama original.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

Riesgos específicos:

- Infección o sangrado de herida quirúrgica.
- Colección de líquido en o bajo la cicatriz (seromas o hematomas).
- Cicatrices hipertróficas o queloides que son cicatrices exageradas y molestas. Las cicatrices, ocasionalmente, pueden ocasionar posteriores dificultades para la lactancia materna.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Cambios en la sensibilidad de la piel y el pezón en las primeras semanas y meses después de la intervención como el tacto, la sensación de acorchamiento de la piel de la zona reconstruida. Excepcionalmente se produce una pérdida definitiva de sensibilidad en alguna zona (anestesia) o sensaciones desagradables (hormigueos, quemazón, etc.)

Riesgos específicos por el uso de prótesis.

- Contractura capsular: es la retracción excesiva de la cicatriz que se forma normalmente alrededor de la prótesis; ocasiona una deformación y desplazamiento de la misma, alterando el aspecto de la mama reconstruida y causando, en ocasiones, dolor local. Puede ocurrir al poco tiempo de practicada 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 por el desinflado de la prótesis expansora durante el periodo de llenado progresivo, por punción accidental en una zona distinta a la válvula o por rotura en alguna zona donde ha quedado plegada.
- Roturas definitivas por escapes espontáneos, o por traumatismos (accidentes, mamografías, otras intervenciones, etc.) Las prótesis dañadas deben retirarse y cambiarse mediante cirugía.
- Resultado insatisfactorio tanto con el tamaño como con la forma o posición de la reconstrucción.
- Asimetría excesiva: pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía.
- Ser portadora de prótesis puede generar una respuesta anómala del sistema inmune por la interacción de los tejidos del organismo con un material "extraño". Sus manifestaciones clínicas suelen relacionarse con el sistema musculoesquelético, piel, sistema nervioso y sistema inmune. Se sugiere la existencia de una predisposición genética necesaria para el desarrollo de la enfermedad. En caso de desarrollar esta patología podría estar indicado la retirada del implante de silicona, pudiendo ser necesario algún tratamiento complementario en función de las características y estadio del cuadro clínico.

- En los implantes mamarios, raramente puede aparecer un trastorno linfoproliferativo (sin evidencia de causalidad) denominado linfoma anaplásico de células gigantes en la mama, aunque también puede aparecer en pacientes sin implantes. En general tiene un curso clínico benigno tras la retirada de la cápsula periprotésica y de los implantes, aunque, en algunos casos, precisa de un tratamiento asociado.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Infección profunda de la herida y de la prótesis.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Sangrado abundante, durante la intervención o tras ella, que puede precisar una transfusión de sangre o hemoderivados.
- 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.

Ante la aparición de complicaciones tras la cirugía, hay que tener en cuenta que se puede producir un retraso en el inicio del tratamiento oncológico postoperatorio, en caso de que sea necesario.

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

- 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:

- Utilizar prendas interiores especiales con o sin prótesis externas adaptadas para que el aspecto con ropa sea más adecuado.
- No realizar la simetrización de la mama con cirugía.

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

Yo, D./D^a. , 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^a. , 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: 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: