

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA MAMOPLASTIA DE ELEVACIÓN - MASTOPEXIA

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

INFORMACIÓN GENERAL

La elevación de las mamas o mastopexia es un procedimiento quirúrgico que levanta y da forma a las mamas caídas. Diversos factores como embarazos, lactancia, cambios de peso, envejecimiento y gravedad producen cambios en la apariencia de las mamas. Conforme la piel pierde su elasticidad, las mamas pierden, con frecuencia, su forma y empiezan a caer.

La elevación mamaria o mastopexia es una operación realizada por cirujanos plásticos para levantar y dar nueva forma a las mamas caídas. Esta intervención puede reducir también el tamaño de la areola (la piel más oscura alrededor del pezón). Si sus mamas son pequeñas o han perdido volumen después de los embarazos, unas prótesis mamarias implantadas en conjunto con la mastopexia pueden incrementar tanto la firmeza como el tamaño.

La mejor candidata para una mastopexia es una mujer sana y emocionalmente estable que tiene expectativas realistas sobre lo que este tipo de cirugía puede conseguir. Se pueden elevar mamas de cualquier tamaño, pero los resultados pueden no ser tan perdurables en las mujeres con mamas grandes y pesadas. La mastopexia deja cicatrices permanentes y visibles en las mamas. Existe una variedad de técnicas quirúrgicas distintas para dar forma y elevar las mamas.

Se necesita un consentimiento separado para el uso de implantes mamarios en conjunto con mastopexia.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

La mastopexia es una intervención quirúrgica electiva. El tratamiento alternativo podría consistir en no someterse al procedimiento quirúrgico o en usar prendas interiores de soporte para elevar las mamas caídas. Si las mamas son grandes y caídas, debe considerarse una mamoplastia de reducción. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

RIESGOS

Todo procedimiento quirúrgico implica un cierto riesgo. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, es importante que usted las conozca:

- Hemorragia. Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o una transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia.
- Infección. La infección es muy infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.
- Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel. Puede experimentarse un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de las mamas. Puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una mastopexia en uno o ambos pezones.
- Implantes mamarios. Los riesgos asociados al potencial uso de prótesis mamarias se cubren en un consentimiento informado por separado.
- Cicatrices cutáneas. Todas las cirugías dejan cicatrices, algunas más visibles que otras. Aunque es de esperar una buena cicatrización después del procedimiento quirúrgico, pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles en la piel por las suturas. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica o tratamiento.
- Firmeza. Puede producirse excesiva firmeza de la mama tras la cirugía debido a la cicatrización interna o alrededor de una prótesis mamaria cuando se ha usado. La ocurrencia de este hecho no es predecible. Puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo cirugía.
- Resultado pobre. Existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio. Usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Los riesgos cosméticos podrían incluir deformidades visibles inaceptables, cicatrización pobre y forma mamaria inaceptable. Usted puede no estar satisfecha con el tamaño de las mamas tras la mastopexia.
- Retraso en la cicatrización. Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no

curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar. Algunas zonas de la piel o el pezón pueden morir, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado. Los fumadores tienen un riesgo mayor de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización.

- Asimetría. Cierta grado de asimetría mamaria ocurre de forma natural en la mayoría de las mujeres. También pueden ocurrir diferencias en términos de forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la mastopexia.
- Embarazo futuro y lactancia. No se conoce que la mastopexia interfiera con el embarazo o la lactancia. Si usted planea un embarazo, la piel mamaria puede distenderse y afectar a los resultados de la mastopexia .
- Reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinar para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

.....

.....

.....
.....

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante legal o del paciente,

Firma del médico,

.....

.....

FIRMA DEL PACIENTE:

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo:

Firma del paciente,

Firma de testigo,

Firma del médico,

.....

.....

.....

IMÁGENES EXPLICATIVAS

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).