

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELEVACION MAMARIA (MASTOPEXIA)**

### **INSTRUCCIONES**

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la mastopexia, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica publicada en el BOE del 15-11-02 - nº 274, aptdo. 2 del artículo 8, que dice: "El consentimiento se prestará por escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores..."

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

### **INFORMACION 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.**

## **TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

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 DE LA MASTOPEXIA**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la mastopexia. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de las pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la mastopexia (elevación mamaria).

**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 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 una infección, 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 piel o 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.

**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.

**Anestesia.** Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica. Información más detallada le será facilitada por el propio equipo de anestesistas, que así mismo, recabarán el correspondiente consentimiento escrito.

**Enfermedad de la mama.** La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de elevación mamaria. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen autoexamen periódicamente, se sometan a mamografía de acuerdo con las pautas de la Sociedad Americana de Cáncer, y consulten a su médico si descubren un bulto en la mama.

**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 estirarse y afectar a los resultados de la mastopexia.

## **NECESIDAD DE CIRUGIA ADICIONAL**

Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la mastopexia. Puede necesitarse cirugía secundaria para realizar un tensado adicional o una reposición de las mamas. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la mastopexia. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y

aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

## **SEGURO DE SALUD**

La mayoría de las compañías de seguros sanitarios excluyen la cobertura de operaciones de cirugía estética, como la mastopexia, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de la cirugía. Algunas compañías de seguros podrían excluir las enfermedades mamarias en pacientes portadoras de implantes. Por favor, revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro sanitario. La mayoría de los seguros excluyen la cobertura de cirugía secundaria o de revisión.

## **RESPONSABILIDADES ECONOMICAS**

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste del material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

## **RENUNCIA**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

### **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

1. Por la presente autorizo al Dr. Jesús Gaviño Rodríguez y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Elevación Mamaria (Mastopexia)

He recibido el siguiente folleto informativo:

Consentimiento informado para Mastopexia.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado 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 situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

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

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

7. Me ha sido explicado de forma comprensible:

a. El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.

b. Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.

c. Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D. ...., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

**C.I. MASTOPEXIA. Página 5 de 7. Firma paciente y fecha. ....**

Asimismo, designo como representante mío a D. .... y a D. .... para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.

Acepto expresamente la sumisión a la competencia de los Juzgados y Tribunales de El Puerto de Santa María para la solución de cualquier litigio que traiga causa de la intervención quirúrgica o asistencia médica del Dr. Jesús Gaviño Rodríguez.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En ..... a ..... de ..... de 20....

**Firma del Paciente  
(o representante legal)**

**Firma del Cirujano Plástico**

**Fdo.: D./D<sup>a</sup>.** .....  
(nombre y apellidos)

**Fdo.: Dr./Dra.** .....  
(nombre y apellidos)

**D.N.I.:** .....

## **RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ella puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

## **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_ .

EL/ LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.: