

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCION**

### **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 mamoplastia de aumento, 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**

Las mujeres que poseen unas mamas grandes pueden experimentar una serie de problemas derivados del peso y tamaño de las mamas, como dolor de espalda, cuello y hombros, e irritación cutánea. La reducción mamaria se realiza habitualmente para mejorar estos síntomas más que para mejorar el aspecto de las mamas. Las mejores candidatas son las mujeres suficientemente maduras para comprender el procedimiento y tener expectativas realistas acerca del resultado. Existen varias técnicas quirúrgicas diferentes utilizadas para reducir y dar formas a las mamas. Existen tanto riesgos como complicaciones asociadas a la reducción mamaria.

### **TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

La mamoplastia de reducción es una intervención quirúrgica electiva. El tratamiento alternativo podría consistir en no llevar a cabo la intervención, terapia física para tratar el dolor, o el uso de prendas interiores para sostener mamas grandes. En pacientes seleccionaos se ha utilizado liposucción para reducir el tamaño de las mamas. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

## **RIESGOS DE LA MAMOPLASTIA DE REDUCCION**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la mamoplastia de reducción. 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 mujeres 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 mamoplastia de reducción.

**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 emergencia 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 infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento incluye una posible retirada del implante, 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 mamoplastia de reducción en uno o ambos pezones.

**Cicatrices cutáneas:** Todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de estas cicatrices es impredecible. Pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos.

**Resultado insatisfactorio:** Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de reducción mamaria. Usted puede quedar insatisfecha con el tamaño y la forma de las mamas.

**Dolor:** Una reducción mamaria puede no mejorar las quejas de dolor musculoesquelético en el cuello, espalda y hombros. Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor.

**Firmeza:** Una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras la cirugía debido a cicatrización interna o necrosis grasa. La ocurrencia de este hecho no es predecible. Si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

**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. Es incluso posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón, 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 la forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la reducción mamaria.

**Enfermedad de la mama:** La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de reducción mamaria. Es recomendable que todas la mujeres 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.

**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 plástico antes de someterse a la mamoplastia de reducción.

**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 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 tipo 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.

## **NECESIDAD DE CIRUGIA ADICIONAL**

Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la mamoplastia de reducción. Pueden 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 mamoplastia de reducción. 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**

Dependiendo de su seguro de salud particular, la reducción mamaria puede considerarse como una situación incluida en la cobertura. Puede haber requerimientos adicionales según la cantidad de tejido mamario a extirpar y duración de los problemas físicos causados por unas mamas grandes. Las reducciones mamarias que conllevan una extirpación de pequeñas cantidades de tejido pueden no ser cubiertas por su seguro. Por favor, revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro sanitario, llame a su compañía de seguros, y discuta estos aspectos con su cirujano plástico. Muchos 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 de los implantes y material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles 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 situación 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: Mamoplastia de Reducción. He recibido el siguiente folleto informativo:

Consentimiento informado para Mamoplastia de Reducción.

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. Asimismo doy el consentimiento para la cesión de mis datos personales a la casa comercial proveedora de los implantes mamarios a los efectos únicos y exclusivos de la emisión de la correspondiente factura y garantías.

8. 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.

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.: