Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Dra. Lucía Barbieri

# Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción

Instrucciones:

Este es un documento de Consentimiento Informado, que ha sido preparado para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la mamoplastia de reducción, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.

**Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, coloque su firma, indicando así que ha leído y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.**

Introducción: 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, 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 utilizadas para reducir y dar forma a las mamas.

Riesgos: Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo, 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 los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted deberá discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias.

**Selección del Paciente:** Los individuos con tono pobre de la piel, problemas médicos, obesidad, o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para una intervención de este tipo.

**Hemorragia:** Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre, puede requerir tratamiento para drenar la sangre acumulada o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede 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.

Dra. Lucía Barbieri

**Cambios en la Sensibilidad del pezón y la piel:** Las mamas están habitualmente doloridas después de la cirugía. Al cabo de varios meses la mayoría de las pacientes tienen una sensibilidad normal. Ocasionalmente puede ocurrir una pérdida parcial o total de la sensibilidad del pezón y de la piel.

**Cicatrización:** Aunque se espera una buena curación después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos en casos muy raros. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. 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. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo cirugía para tratar la cicatrización anormal. ***Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.***

**Asimetría:** Puede no conseguirse un aspecto simétrico del cuerpo tras la mamoplastia de reducción. Factores como el tono de la piel, prominencias óseas y tono muscular pueden contribuir a una asimetría normal en los rasgos corporales.

**Seroma:** Los cúmulos de fluido ocurren infrecuentemente en áreas donde se ha realizado una mamoplastia de reducción. Pueden ser necesarios tratamientos adicionales o cirugía para drenar los cúmulos de fluido.

**Reacciones Alérgicas:** En casos raros se ha descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante o después de la cirugía. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

**Mamografía:** La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de reducción mamaria. Es importante continuar realizando mamografías con regularidad y practicar autoexamen mamario periódico. Si descubre un nódulo mamario tanto por mamografía como por autoexamen, debe consultar con su médico.

**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.

**Embarazo y Lactancia:** Aunque muchas mujeres son capaces de dar lactancia después de una mamoplastia de reducción, generalmente esto no es predecible. Si usted planea dar lactancia después de una mamoplastia de reducción, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de operarse.

**Anestesia:** Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

**Necesidad de Cirugía Adicional:** Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la mamoplastia de reducción. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados a estos procedimientos. Pueden ocurrir otros riesgos y

Dra. Lucía Barbieri

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.

**Efectos a largo plazo:** Alteraciones subsiguientes en el contorno corporal pueden producirse como resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo, u otras circunstancias no relacionadas con la mamoplastia de reducción.

**Dolor:** Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la comprensión de nervios sensitivos por tratamiento dentro del tejido cicatricial después de una mastopexia. Pueden requerirse procedimientos adicionales para la solución a dicha complicación. Una reducción mamaria puede no mejorar las quejas de dolor músculo-esquelético en el cuello, espalda y hombros.

**Embolias:** Existe el riesgo de embolias a nivel de miembros inferiores o a nivel pulmonar por la duración de este tipo de cirugía, que eventualmente puede conducir a la muerte.

**Otros:** Usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Puede ser necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados y facilitar la adaptación de la piel.

Riesgos Personalizados:
_____
_____
_____
_____

Tratamientos Alternativos**:** La mamoplastia de reducción es una operación quirúrgica electiva. La alternativa 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 seleccionados se ha utilizado liposucción para reducir el tamaño de las mamas. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

Responsabilidad financiera:
El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el costo del material quirúrgico, anestesia, cargos de hospital, etc., dependiendo de dónde se realice la cirugía. Puede haber costos 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.

**Al firmar el consentimiento para este procedimiento, usted reconoce que ha sido informado acerca de sus riesgos y consecuencias y acepta la responsabilidad de las decisiones clínicas que se tomaron junto con los costos económicos de todos los tratamientos futuros.**

Dra. Lucía Barbieri

Declaro:

1) Que por medio de la presente, autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes seleccionados de ser necesario a realizar el siguiente procedimiento: Mamoplastia de reducción - _____.

2) Reconozco que en el curso de ésta pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y doy aquí mi expresa autorización para el tratamiento de las mismas, incluyendo además procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. En caso de complicaciones durante la operación autorizo a la doctora arriba mencionada a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables o hallazgos clínicos inesperados, que pueden hacer necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas para controlar los resultados de la operación, siendo lo mejor para mi salud.

3) Autorizo la administración de la anestesia que se considere necesaria y aconsejable. Entiendo que todas las formas de anestesia implican un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y algunas veces la muerte.

4) Reconozco que no se me ha dado garantía alguna por parte de la Dra. Barbieri con respecto a los resultados que se puedan obtener.

5) Se me ha explicado la localización de cicatrices.

6) Comprendo que el fin de la operación es mejorar mi apariencia, existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mí. Sé que la Medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. Reconozco que no se me ha dado en absoluto tal garantía. Igualmente entiendo y me ha sido debidamente explicado que puede ser necesario en un futuro un segundo e incluso sucesivos tiempos quirúrgicos para pequeñas correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.

7) Consiento en ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento en sí, así como para el control evolutivo del caso, siendo este material un medio gráfico de registrar mi defecto o deformidad, propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado en revistas, redes sociales y libros científicos o ser expuestas para propósitos médicos.

8) Consiento expresamente en el tratamiento de mis datos personales que serán recogidos con la finalidad de gestionar adecuadamente la intervención y proceso peri y postoperatorio, e incorporados a los ficheros cuyo responsable es la Dra. Barbieri. Manifiesto que todos los datos facilitados por mí son ciertos y correctos, y me comprometo a comunicar los cambios que se produzcan en los mismos. Asimismo, para poder llevar a buen fin dicha intervención y tratamiento, consiento expresamente en la cesión de mis datos a cuantos profesionales sea necesario para realizar las consultas profesionales pertinentes. La política de privacidad de la Dra. Barbieri garantiza al Paciente en todo caso la posibilidad de ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos.

9) Con objeto de contribuir al progreso de la educación médica, consiento en la admisión de observadores a la sala de operaciones o locales donde se realicen los procedimientos.

Dra. Lucía Barbieri

10) Me comprometo a seguir fielmente, en la mejor de mis posibilidades, las instrucciones del cirujano para antes, durante y después de la operación arriba mencionada y hasta el alta definitiva. Entiendo, comprendo y acepto que las visitas postoperatorias son imprescindibles y fundamentales para la consecución de un buen resultado final. Me comprometo a seguir fielmente las mismas así como todas las recomendaciones postoperatorias hasta el alta médica definitiva.

11) Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales, incluída la toma de medicamentos, tóxicos o cualquier otro tipo de sustancias.

12) Hasta donde sé, no estoy embarazada y no estoy en período de lactancia.

13) Acepto que el cirujano retrase o suspenda la operación si lo cree preciso.

14) Entiendo y me ha sido debidamente explicado que puede ser necesario en un futuro un segundo e incluso sucesivos tiempos quirúrgicos para pequeñas correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.

15) Confirmo que la operación mencionada, me ha sido explicada a fondo por el cirujano en palabras comprensibles para mí, los riesgos que tiene, otras soluciones alternativas de tratamiento (cuando existan), así como las molestias o, en ocasiones, dolores que puedo sentir, teniendo un postoperatorio normal. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, he entendido totalmente este documento, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado y no deseo más información.

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y LOS PUNTOS CITADOS ANTERIORMENTE, excepto el punto número: ____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (en caso de incapacidad del paciente) con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.):

_____

Testigo: _____

(Nombre, apellidos y firma)

Dra. Lucía Barbieri