

Consentimiento informado reconstrucción mamaria con tejido autólogo libre

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

¿Qué le vamos hacer?

1. Descripción del procedimiento

En que consiste: En restaurar la forma y volumen de la mama con piel y grasa del abdomen, glúteo o en algunos casos de la espalda (y en este último caso se traslada con o sin musculo) haciéndola lo más parecida posible a la otra mama. Es difícil conseguir el mismo nivel de sensibilidad al previo. El utilizar tejido propio para la reconstrucción hace que el parecido con la otra mama sea mayor y que los resultados a largo plazo sean persistentes.

Cómo se realiza: Bajo anestesia general y mediante técnicas micro quirúrgicas que permitan la sutura de los vasos nuevos tejidos a los vasos torácicos. Todo tipo de reconstrucción mamaria conlleva la realización de al menos 2 intervenciones quirúrgicas, una que aporta el volumen y otra para restaurar la areola-pezones. En general los resultados son adecuados según la edad y figura de la persona en ocasiones es preciso retocar la mama del otro lado en el mismo tiempo quirúrgico o bien en otro diferido para que sean los más semejantes.

Cuánto dura: Aproximadamente 5 horas aunque es variable. Depende de si se realiza en el mismo acto de la extirpación de la mama o parte de ella (reconstrucción inmediata) o en otra intervención (diferida).

2. Qué objetivo persigue: Restaurar la forma y volumen semejante a la otra mama y mejorar la imagen personal.

¿Qué riesgos tiene?

Además de los derivados de la anestesia general, los derivados de la propia intervención son:

Poco frecuente o poco grave:

- Cicatrices en las zonas donantes.
- Alteraciones en las suturas superficiales que dan lugar a cicatrices ensanchadas.
- Seromas (acúmulo de líquido) que a veces requieren ser drenados.
- Hematomas, que generalmente desaparecen con el tiempo.

Poco frecuente y grave:

- Trombosis (oclusión) por tratarse de realizar suturas vasculares de muy pequeño calibre, esto puede precisar una nueva cirugía para retirar el trombo y rehacerlas o bien limpiar de hematoma la zona de las anastomosis (unión).
- Necrosis parciales o totales de los colgajos por mala perfusión de los tejidos a pesar de haber intentado solucionar el problema que causa la alteración vascular. El resultado puede ser suficiente si la necrosis es parcial, pero nos devuelve al punto de partida si es total. En este último caso, se deberá emplear nuevas técnicas reparadoras.
- Infección tanto de las suturas vasculares, como de las superficies.

1. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

Los enfermos fumadores tienen más riesgo de trombosis vascular y de cicatrices insatisfactorias.

2. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Mejora de la imagen personal, autoestima y calidad de vida.

¿Qué otras alternativas hay?

Otra alternativa es la utilización de colgajos locales, si no hay contraindicación.

Declaraciones y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____