

## Consentimiento informado de elevación mamaria (mastopexia)

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 qué consiste:** En elevar y dar forma a las mamas caídas; por embarazos, lactancia, cambios de peso, envejecimiento se 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. Esta intervención puede reducir también el tamaño de la areola (la piel más oscura que rodea el pezón).

**Cómo se realiza:** Bajo anestesia general, se modifica el tejido mamario mediante distintas técnicas para situarlo en una posición más alta. Si las mamas son grades y caídas debe considerarse una mamoplastia de reducción.

**Cuánto dura:** Aproximadamente dos horas.

2. **Qué objetivos persigue:** Mejorar la imagen personal y autoestima.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

##### Poco frecuentes y poco graves:

- Alergia al esparadrapo y al material de sutura o a preparados que se aplican en la piel.

##### Menos frecuentes y poco graves:

- Infección de la herida quirúrgica su tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.
- Cambio en la sensibilidad de los pezones y en la piel de las mamas, que puede llegar a ser permanente en uno o ambos pezones.
- Cicatrices anormales que pueden alterar la imagen o el color de la piel; a veces afectan a tejidos profundos produciendo excesiva firmeza de la mama por cicatrización interna. En algunos casos precisa tratamiento, incluyendo cirugía.
- Retraso y complicaciones en la cicatrización que puede afectar a la piel o al pezón, llegando a morir el tejido mamario, pudiendo requerir curas frecuentes o cirugía para reparar el tejido alterado. Este riesgo es mayor en fumadores.
- Diferencias en la forma o tamaño entre ambas mamas después de la cirugía, que puede precisar cirugía.

##### Menos frecuentes y graves:

- Reacciones alérgicas generalizadas por medicación utilizada durante o después de la cirugía.
- Sangrado durante o después de la intervención quirúrgica que puede necesitar tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. Este riesgo aumenta si toma aspirina o mediación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía.
- No se conoce que esta intervención interfiera con el embarazo o la lactancia, pero la piel mamaria puede estirarse y afectar a los resultados de la mastopexia. La mama elevada puede sufrir enfermedad o cáncer de mama independientemente de la cirugía, por lo que se recomienda realizar autoexamen mamario

periódico y mamografías de acuerdo a su médico de atención primaria o ginecólogo. Si descubre un bulto en la mama, debe consultar a su médico.

**2. Riesgos personalizados:**

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

**3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:**

Mejorar el aspecto de las mamas.

**¿Qué otras alternativas hay?**

No someterse al procedimiento quirúrgico, o ponerse prendas interiores de soporte para elevar las mamas caídas.

**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.

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_