

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) MASTOPEXIA (elevación de la mama)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Diversos factores como embarazos, lactancia, cambios de peso, envejecimiento, y gravedad producen cambios en la apariencia y firmeza de las mamas. La elevación de las mamas o mastopexia es un procedimiento quirúrgico que eleva y da forma a las mamas caídas.

También se utiliza para ajustar el volumen y tamaño de la mama sana a una mama reconstruida (simetrizar).

CÓMO SE REALIZA:

Existe gran variedad de técnicas quirúrgicas para dar forma y elevar las mamas. Todas tratan de elevar el complejo areola-pezón a una situación "normal" y conformar la mama con los tejidos existentes, casi siempre quitando piel. Si sus mamas son pequeñas o han perdido mucho volumen, es necesario la colocación de unas prótesis mamarias para incrementar tanto la firmeza como el tamaño.

La mastopexia también puede reducir también el tamaño de la areola (la piel más oscura alrededor del pezón).

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Aumento de volumen y firmeza en las mamas.

La mastopexia deja cicatrices permanentes y visibles en las mamas.

Se pueden elevar mamas de cualquier tamaño, pero los resultados pueden no ser tan duraderos en las mujeres con mamas grandes y pesadas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En una gran mejoría del aspecto y firmeza de sus mamas, tanto si es una mastopexia simple o dentro del tratamiento de simetrización en la reconstrucción mamaria.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

El tratamiento alternativo podría consistir en no someterse al procedimiento quirúrgico, o en usar prendas interiores de soporte para elevar las mamas caídas.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Cicatrices cutáneas: Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Siempre estarán alrededor de la areola-pezón, otra vertical desde allí hasta el surco submamario (bajo la mama) y en muchas ocasiones, una tercera en el surco submamario.
- Retraso en la cicatrización: Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. 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.
- 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. Incluso una pérdida permanente de la sensibilidad.
- Implantes mamarios: Los riesgos asociados al potencial uso de prótesis mamarias se explican en un consentimiento informado aparte.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Hemorragia: Es posible, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre puede requerir tratamiento de urgencia para cohibir la hemorragia y/ o transfusión de sangre.
- Infección: La infección es muy infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.
- Dolor: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor.
- Hematoma: que habrá que drenar en ocasiones.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Enfermedad de la mama: La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de elevación mamaria. Si usted planea un embarazo, la piel mamaria puede estirarse y afectar a los resultados de la mastopexia.

Las fumadoras tienen un riesgo mayor de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Resultado pobre: Existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio con deformidades visibles, formas irregulares y malas cicatrices.

Asimetría: Cierta grado de asimetría mamaria ocurre de forma natural en la mayoría de las mujeres.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
-------------------------	-------------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____
 EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
-------------------------	-------------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

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

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN 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 _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
