

---

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO  
PARA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJOS  
DE TEJIDO AUTÓLOGO**

---

*El/la paciente debe firmar y escribir su nombre y la fecha de la firma en la parte inferior de cada una de las páginas del presente documento, incluida ésta.*

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RECONSTRUCCIÓN  
MAMARIA CON COLGAJOS DE TEJIDO AUTÓLOGO**

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

**INFORMACIÓN GENERAL**

Mediante este procedimiento se pretende corregir la deformidad que deja una mastectomía en la pared torácica, reconstruyendo la mama mediante aporte de tejido (piel, grasa y, a veces, músculo) de la propia paciente, que se traslada a la zona mastectomizada.

El tejido que se transfiere puede ser del abdomen (colgajo de recto abdominal o TRAM, colgajo de perforante de epigástrica inferior o DIEP), de la espalda (colgajo de dorsal ancho) o de la nalga (colgajo glúteo). Para sobrevivir en su nueva localización, este tejido debe recibir suficiente vascularización, por lo que es necesario transportar el colgajo con un músculo o con su arteria y su vena exclusivamente y suturarlo en su destino con vasos de la zona, de la axila o del tórax. Esta última opción aumenta la complejidad de la cirugía por necesitar técnicas de microcirugía, en las que la disección de los vasos sanguíneos y de los nervios se lleva a cabo mediante magnificación (con lupas o microscopio). La utilización de colgajos de la espalda sin músculo (TDAP) o del abdomen sin músculo (DIEP) constituye una de las técnicas más avanzadas en cirugía de reconstrucción mamaria y puede alargar el tiempo quirúrgico y los riesgos de la intervención.

Reconstruir una mama requiere generalmente una o dos intervenciones bajo anestesia general y otra para la reconstrucción del complejo areola-pezones (quizás con anestesia local), por lo que debe ser una decisión bien meditada, que usted ha de tomar por sí misma, valorando los riesgos y posibles complicaciones frente al beneficio que puede reportarle.

Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre/o hemoderivados.

**EFFECTOS Y BENEFICIOS**

Reconstruir la mama

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

Se podría hacer la reconstrucción mediante expansor cutáneo y prótesis o bien con un implante mamario directo sin necesidad de expansión, técnicas que son aplicables en los casos en los

que la piel del tórax es suficiente en cantidad y elasticidad para admitir un implante mamario que dé forma y caída suficiente con simetría respecto a la mama contralateral. Son técnicas que se indican cuando la piel torácica no ha sido irradiada o presenta buena elasticidad. Otra opción sería no hacer nada, manteniendo las prótesis externas en el sujetador.

## **RIESGOS**

### **Los más frecuentes:**

- Cicatrización cutánea. Quedarán cicatrices en la mama reconstruida y en la zona donante de los tejidos. En casos raros pueden producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas, retráctiles o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.
- Sensibilidad y función. Existirá un déficit de sensibilidad en la mama reconstruida.
- Dehiscencia de la herida. Por tensión de los bordes de la herida, necrosis o infección, puede darse una dehiscencia, que requeriría para su solución una nueva intervención.
- Seroma. Es relativamente frecuente, según el tipo de cirugía realizada. Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido, tanto en la zona donante como en la receptora.

### **Los más infrecuentes:**

- Hemorragia. Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento quirúrgico de urgencia para cohibir el sangrado, y/o una transfusión de sangre.
- Hematoma. Es poco frecuente pero habría que drenarlo si se presentara.
- Infección. Es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.
- Necrosis de los colgajos. Los tejidos utilizados para remodelar la anatomía del defecto pueden necrosarse por falta de riego o infección, requiriendo nuevas intervenciones.
- Complicaciones abdominales. Si se utiliza tejido abdominal, puede ser necesario colocar una malla de refuerzo en la pared abdominal, a pesar de lo cual puede aparecer abultamiento de la parte inferior del abdomen y debilidad de la pared abdominal o incluso eventración, que podría precisar de tratamiento quirúrgico posterior si es acentuada.
- El ombligo puede sufrir alteraciones como malposición, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida del mismo.
- Si se realiza una reconstrucción utilizando el músculo recto del abdomen, puede dificultar o impedir un embarazo posteriormente.
- Asimetría del contorno corporal, especialmente asimetría con la mama contralateral.
- Tromboflebitis y trombosis de las venas de las piernas y, más raramente, complicaciones pulmonares por embolias.

**Otros riesgos:**

- Resultado insatisfactorio en simetría, necrosis grasa, necrosis cutánea, reacciones alérgicas al material de sutura o de vendaje.

**SITUACIONES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA**

Las fumadoras tienen más riesgos de alteraciones en la cicatrización o de necrosis de los tejidos trasplantados.

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO**

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinar para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. 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. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....  
.....  
.....

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados 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 condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los

riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre: .....

D.N.I.: .....

En calidad de ....., autorizo la realización del procedimiento mencionado.

*Firma del representante legal o del paciente,*

*Firma del médico,*

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

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre 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 tenida en cuenta para la decisión).

### **DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo: .....

*Firma del paciente,*

*Firma de testigo,*

*Firma del médico,*

### **IMÁGENES EXPLICATIVAS**

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).