



Consentimiento Informado De  
Mamoplastía De Reducción

## **Consentimiento Informado De Mamoplastía De Reducción**

## Consentimiento Informado De Mamoplastía De Reducción

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de  
**MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN.**

## INFORMACIÓN

Las mujeres que poseen unas mamas grandes pueden presentar una serie de problemas derivados del peso y tamaño de las mamas, como dolor de espalda, hombros y cuello 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. Existen tanto riesgos como complicaciones potenciales asociados a las formas quirúrgicas de tratamiento.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o de hemoderivados, de cuyos riesgos me informara el Servicio de Anestesia.

El tratamiento alternativo 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 asociadas a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la cirugía de Mamoplastía de reducción, la decisión del individuo de someterse a una cirugía se basa en la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, Ud., debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles de la cirugía de Mamoplastía de reducción:

- **Hemorragia:** si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o, transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de sangrado.
- **Infeción:** la infección después de este tipo de cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **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. Puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una Mamoplastía de reducción en uno ó ambos pezones.
- **Cicatrices cutáneas:** todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de estas cicatrices es impredecible. Pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos.
- **Resultado insatisfactorio:** existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de reducción mamaria. Usted puede quedar insatisfecho con el aumento y forma de las mamas.
- **Dolor:** una reducción mamaria puede no mejorar las quejas de dolor de músculo-esquelético en el cuello, espalda y hombros. Las cicatrices anormales en la piel ó tejidos profundos de las mamas pueden producir dolor.
- **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.
- **Retraso en la cicatrización:** 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 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. Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.

- **Asimetría:** cierto grado de asimetría mamaria ocurre de forma natural en la mayoría de las mujeres, también pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, tamaño ó simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la reducción mamaria.
- **Enfermedad de la mama:** la enfermedad mamaria ó el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de reducción mamaria. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen auto examen periódicamente, se sometan a mamografía.
- **Lactancia:** aunque algunas mujeres son capaces de dar lactancia después de una reducción mamaria, es importante que lo discuta con su cirujano plástico, antes de someterse a la Mamoplastía de reducción.
- **Reacciones alérgicas:** en casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas frente a la cirugía o después. Las reacciones pueden requerir tratamiento adicional.

También me han indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. También me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).