



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Mastopexia De Elevación

Consentimiento Informado Para Cirugía De Mastopexia De Elevación

Consentimiento Informado Para Cirugía De Mastopexia De Elevación

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
MASTOPEXIA DE ELEVACIÓN.

INFORMACIÓN

La Mastopexia o Mamoplastía de elevación es una intervención quirúrgica electiva y destinada a elevar las mamas ptósicas o caídas por una serie de motivos:

- Para mejorar el contorno corporal de la mujer, la cual presenta una mama ptósica o caída.
- Para equilibrar el tamaño y forma de las mamas, cuando existe una diferencia significativa entre ellas.
- Como técnica reconstructiva en determinadas situaciones.

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.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la cirugía de Mastopexia, 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 Mastopexia:

- **Hemorragia:** si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede 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 problemas de sangrado.
- **Infección:** la infección después de este tipo de cirugía es muy rara. Si esto ocurre, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Contractura capsular:** en los casos de colocación de implantes mamarios, el tejido cicatricial que se forma internamente alrededor del implante es llamado cápsula del implante. Existen diversos grados de grosor de dicho tejido cicatricial, y en algunos casos puede aumentar su rigidez y contraerse, haciendo que la prótesis se haga redonda, firme y posiblemente dolorosa. La dureza excesiva de las mamas puede ocurrir al poco tiempo de la cirugía o al cabo de años. Aunque no se puede predecir si ocurrirá una contractura capsular sintomática. La contractura capsular podría ocurrir en un lado, en los dos o en ninguno. El tratamiento para la contractura capsular, puede requerir tratamientos médicos, o cirugía, cambio del implante o retirada del mismo.
- **Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel:** las mamas están habitualmente doloridas después de la cirugía. No es raro que haya algún cambio en la sensibilidad del pezón inmediatamente después de la cirugía. Al cabo de varios meses la mayoría de las pacientes tiene una sensibilidad normal. Ocasionalmente puede ocurrir una pérdida parcial o total del pezón y la piel.
- **Cicatrices cutáneas:** todas las cirugías dejan cicatrices. En casos raros pueden darse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Puede necesitarse cirugía adicional para tratar cicatrices anormales tras la cirugía
- **Extrusión del implante:** la falta de adecuada cobertura tisular o una infección puede dar como resultado la exposición del tejido mamario. Si ocurre es necesaria la retirada del implante.

- **Mamografía:** si usted tiene alrededor de 35 años de edad, es recomendable realizar una mamografía preoperatorio. Puede ocurrir rotura del implante a causa de la compresión de la mama durante la mamografía. Usted debe informar a la radióloga de la presencia de prótesis mamaria, para que puedan realizarle los estudios mamográficos adecuados. La ecografía, mamografía especializada y la resonancia magnética pueden ser apropiadas para evaluar nódulos mamarios y el estado de los implantes.
- **Arrugas y pliegues en la piel:** pueden existir pliegues en el implante visibles y palpables, esto puede ser más pronunciado con implantes de suero o tejido delgado.
- **Embarazo y Lactancia:** aunque muchas mujeres son capaces de dar lactancia después de una Mastopexia, generalmente esto no es predecible, si usted planea dar lactancia después de una Mastopexia, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de operarse. No existe evidencia absoluta en cuanto a la absoluta seguridad de los implantes mamarios respecto a la fertilidad, embarazo o lactancia.
- **Calcificación:** pueden formarse depósitos de calcio en el tejido que rodea la prótesis, lo que puede causar dolor, aumento de la consistencia, y pueden ser visibles en la mamografía. Si esto ocurre, puede ser necesario cirugía adicional para corregir el problema.
- **Actividades y ocupaciones poco frecuentes:** las actividades y ocupaciones que implican un riesgo de traumatismo mamario, potencialmente podrían romper o dañar los implantes mamarios.
- **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.
- **Enfermedad de la mama:** la enfermedad o cáncer de la mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de Mastopexia. La literatura médica actual no demuestra un incremento en el riesgo de enfermedad mamaria o cáncer de mujeres en mujeres portadoras de prótesis mamaria por motivo estético o reconstructivo, es recomendable que todas las mujeres se sometan a examen de acuerdo con las pautas habituales y consulten a su médico si descubren un bulto en la mama.
- **Resultado insatisfactorio:** existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de Mastopexia. Usted puede quedar insatisfecha con el aumento y forma de las mamas.
- **Firmeza:** una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras una cirugía, debido a una 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.

- **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 o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional después de una Mastopexia.

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:
MASTOPEXIA DE ELEVACIÓN.

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).