

Consentimiento Informado para Cirugía de Mamoplastía, Implantes Mamarios

Cirugía Plástica Adulto

Consentimiento Informado para Cirugía de Mamoplastía, Implantes Mamarios

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:
MAMOPLASTIA, IMPLANTES MAMARIOS.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende aumentar el tamaño de las mamas por una serie de motivos:

- Para mejorar el contorno corporal de la mujer, la cual por razones personales considera tener un busto demasiado pequeño.
- Para corregir la pérdida de volumen mamario después del embarazo
- Para simetrizar el tamaño de las mamas en caso que éste sea demasiado notorio
- Como técnica reconstructiva en determinadas situaciones.
- Se considera también el recambio de implantes ya sea por deseo de cambio en el volumen o por complicaciones asociadas a éstos.

La forma y el tamaño de las mamas previo a la cirugía pueden influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final. Si las mamas no tienen el mismo tamaño o forma antes de la cirugía es poco probable que sean completamente simétricas después.

Existen varios tipos de implantes: rellenos de gel de silicona (los más utilizados), rellenos de suero fisiológico, de superficie lisa o texturizada, de forma redonda o anatómica. Deberá discutir con su cirujano Plástico el más adecuado para su caso individual.

El aumento de la mama se consigue implantando una prótesis ya sea detrás del tejido mamario o debajo del musculo pectoral. Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo más ocultas que sea posible, habitualmente por debajo de la mama (surco submamario), alrededor de la areola o en la axila. El método de implantación y la posición de la prótesis dependerán de sus preferencias, su anatomía y la recomendación de su cirujano.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o de hemoderivados.

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 con prótesis. La decisión 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, usted debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles de la cirugía Mamoplastía con prótesis:

1. **Hemorragia:** si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o, transfusión de sangre. No debe tomar antiinflamatorios o aspirina desde 10 días antes de la cirugía, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado.
2. **Infeción:** si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos. También puede ser necesario el retiro de la prótesis.

3. **Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel:** puede experimentarse un cambio en la sensibilidad de los pezones y piel de las mamas, que en ocasiones puede no recuperarse del todo después de la cirugía.
4. **Cicatrización cutánea:** todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de estas cicatrices es impredecible. Pueden producirse cicatrizaciones anormales en la piel o tejidos profundos, estas pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para la cicatrización, incluyendo nuevas cirugías.
5. **Retardo en la cicatrización:** la apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar los tejidos no curados. Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.
6. **Contractura capsular:** el tejido cicatricial que se forma internamente alrededor del implante puede contraerse y hacer que la mama tenga una consistencia más firme y posiblemente dolorosa. Esta es una complicación que se produce en un pequeño porcentaje de los casos y no es posible predecirla. Este proceso se puede presentar tanto a corto como largo plazo. El tratamiento para la contractura capsular puede requerir cirugía, cambio del implante o retirada del mismo.
7. **Lactancia:** Generalmente la Mamoplastía con implantes no interfiere en la lactancia futura.
8. **Extrusión del implante:** la falta de adecuada cobertura de tejidos o una infección puede dar como resultado la exposición del implante mamario. Si esto ocurre puede ser necesaria la retirada de éste.
9. **Reacciones alérgicas:** en raros casos se han descrito reacciones alérgicas locales al material de sutura o preparados tópicos. Más frecuentemente se pueden producir con las telas utilizadas en los vendajes. Pueden ocurrir reacciones sistémicas más graves frente a medicaciones usadas durante o después de la cirugía. Estas pueden requerir tratamiento adicional.
10. **Seroma:** en algunos casos puede suceder una acumulación de líquido alrededor del implante (seroma) en el corto o largo plazo (seroma tardío) que puede causar molestias, requerir estudio o nueva intervención.
11. **Linfoma Anaplástico de Células Grandes (ALCL):** en los últimos años ha habido reportes en que se ha asociado el desarrollo de Linfoma Anaplástico de Células Grandes (ALCL) a pacientes portadoras de implantes. Aunque su ocurrencia es estadísticamente muy baja en la actualidad (0.0003%) puede ocurrir en mujeres con implantes mamarios, y requerir estudio, nueva intervención u otros tratamientos.

El tipo de anestesia requerida será indicada por el Anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

A pesar de la adecuada elección y correcta ejecución de la técnica, pueden presentarse efectos indeseables, tanto derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, entre otras) o particulares del tipo de cirugía, las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc...)

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien la posibilidad es muy infrecuente para éste.

Se me ha 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.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
MAMOPLASTIA, IMPLANTES MAMARIOS.

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).