

Consentimiento Encapsulamiento

Introducción: Cuando se introduce una prótesis de mama se diseña un bolsillo donde va a ser colocada. Normalmente, el organismo, ante la presencia de un cuerpo extraño, crea un tejido conectivo que lo rodea y lo aísla totalmente. Este tejido formará un recubrimiento alrededor de la prótesis de consistencia blanda, en forma de una fina película, que no modificará la forma ni la posición de las prótesis. Llamamos a este tejido cápsula peri protésica y existe en todas las pacientes portadoras de prótesis mamarias. El encapsulamiento o contractura capsular se produce cuando este tejido que se forma es demasiado grueso, demasiado fibroso, mucho más duro de lo habitual y condiciona que la cavidad inicial se modifique, a veces de posición, provocando que el implante se desplace, y a veces de tamaño, contrayéndose el mismo y haciendo que la prótesis no quepa en su cavidad, por lo que se pueden formar pliegues y adquirir una forma circular.

Riesgos:

Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel: Puede sentir dolor o molestia en sus mamas después de la intervención. Al cabo de varios meses, la mayoría de los pacientes tienen una sensibilidad normal. Puede producirse la reducción o pérdida de sensación en los pezones.

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Dolor: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos pueden producir dolor o éste puede producirse por atrapamiento de nervios. Generalmente se soluciona por sí sólo de manera espontánea, con el paso del tiempo.

Infección.

Pueden darse **cicatrices anormales** tanto en la piel como en los tejidos profundos.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

Seroma (fluido acumulado).

Implantes: Pueden romperse, causando la salida del gel de silicona, incluso durante el proceso de retirada. Si hay una ruptura de la prótesis puede no ser posible completar la eliminación total de las fugas de gel de silicona. El material cubierto con una prótesis de mama en bruto puede ser imposible de eliminar por completo. Puede haber calcificación alrededor de los implantes. Puede que no sea posible eliminar por completo el tejido de la cicatriz formada alrededor de una prótesis o de gel de silicona.

Trastornos de salud supuestamente causados por los implantes mamarios:

Actualmente no hay pruebas suficientes para establecer que el retiro y/o recambio de (los) implante (s) y la (s) cápsula puede impedir o alterar el curso de las enfermedades autoinmunes o supuestamente causados por los implantes mamarios. La extracción de los implantes de mama no puede proporcionar ningún beneficio para la salud.

Punción: Accidental y **rotura** del implante (que obliga a retirarlo).

Asimetría.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Embolias: A nivel de miembros inferiores o a nivel pulmonar por la duración de este tipo de cirugía, que eventualmente puede conducir a la muerte.

Otros: **Úlceras, arrugas, extrusión, adelgazamiento de la dermis, atrofia muscular** (en los implantes submusculares) y disminución de la velocidad de **conducción nerviosa**.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: No existen mejores opciones para el tratamiento del encapsulamiento con indicación quirúrgica.

Responsabilidad financiera: El costo de la cirugía incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar Tratamiento Quirúrgico del Encapsulamiento _____.
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y su mantenimiento a largo plazo.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después de la cirugía y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos quirúrgicos o procedimientos para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmando que la cirugía, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____