

Consentimiento Informado para Mamoplastia de Aumento

Introducción: Esta cirugía aumenta el volumen de las mamas o equilibra el tamaño implantando una prótesis (por delante o debajo del músculo pectoral). Existen varios tipos de implantes y las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten poco visibles, en sentido vertical, alrededor de la areola y/o en el surco bajo la mama. Esto dependerá de sus preferencias, anatomía y la recomendación de su cirujano.

Riesgos:

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

Infección.

Contractura Capsular: El tejido cicatricial que se forma alrededor de los implantes por reacción del organismo a un cuerpo extraño se llama cápsula. A veces puede aumentar su rigidez y contraerse y hacer que la prótesis se haga redonda, firme y dolorosa, al poco tiempo de la cirugía o al cabo de años, en un lado o ambos.

Cambios en la Sensibilidad del pezón y la piel.

Implantes: Es posible que puedan romperse, causando la salida de gel de silicona. Las prótesis no tienen una vida ilimitada y requerirán cirugía de recambio.

Cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos, apertura de la herida, cicatrización retrasada y/o pérdida de piel o tejido del pezón. ***Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.***

Irregularidades del contorno de la piel.

Asimetría.

Seroma (cúmulos de fluido).

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Mamografía: Puede ocurrir rotura del implante por la compresión del mamógrafo. Debe informar al radiólogo de la presencia de prótesis mamarias.

Extrusión del Implante: De ver rotura de la piel (con el uso de medicación esteroide o tras radioterapia en mamas) y la prótesis se expone.

Actividades y ocupaciones que implican un riesgo de traumatismo mamario, potencialmente podrían romper o dañar los implantes mamarios.

Firmeza: Excesiva, debido a cicatrización interna o necrosis grasa, pudiendo requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

Embarazo y Lactancia: No existe evidencia suficiente de absoluta seguridad.

Calcificación: En el tejido que rodea la prótesis, lo que puede causar dolor y aumento de la consistencia.

Enfermedad Mamaria: No se ha demostrado un riesgo aumentado de cáncer de mama en mujeres portadoras de prótesis mamarias.

Linfoma anaplásico de células gigantes (LACG): Se presenta en 1:300.000-1:30.000 mujeres portadoras de implantes mamarios. Se postula que se desarrolla a partir de los linfocitos que participan en la formación de la cápsula. No es cáncer de mama y en la mayor parte de los casos permanece confinado a la cápsula. Es indolente y de buen pronóstico. Se cree que tiene un origen multifactorial, pudiendo estar relacionado con tres factores: Tipo de implantes (texturizados), base genética, y contaminación bacteriana.

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

Necesidad de Cirugía Adicional

Dolor: Infrecuente dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos.

Embolias: Eventualmente pueden conducir a la muerte.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: No llevar a cabo la intervención, el uso de una prótesis mamaria externa o relleno, o la transferencia de otros tejidos corporales para aumentar el tamaño mamario.

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 Mamoplastia de Aumento _____.
- 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: _____