

Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción

Introducción: Las mujeres que poseen unas mamas grandes pueden experimentar una serie de problemas derivados del peso y tamaño de las mamas, como dolor de espalda, cuello, hombros 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.

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.

Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel: Las mamas están habitualmente doloridas después de la cirugía. Al cabo de varios meses la mayoría de las pacientes tienen una sensibilidad normal. Ocasionalmente puede ocurrir una pérdida parcial o total de la sensibilidad del pezón y de la piel.

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

Es incluso posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón. **Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.**

Asimetría.

Seroma (cúmulos de fluido).

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Mamografía: La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de reducción mamaria. Es importante continuar realizando mamografías con regularidad y practicar autoexamen mamario periódico. Si descubre un nódulo mamario tanto por mamografía como por autoexamen, debe consultar con su médico.

Firmeza: Excesiva, debido a cicatrización interna o necrosis grasa. No es predecible.

Embarazo y lactancia: Aunque muchas mujeres son capaces de dar lactancia después de una mamoplastia de reducción, generalmente esto no es predecible. Si usted planea dar lactancia después de una mamoplastia de reducción, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de operarse.

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

Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos dentro del tejido cicatricial. Una reducción mamaria puede no mejorar las quejas de dolor músculo-esquelético en el cuello, espalda y hombros.

Embolias: Existe el riesgo de 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.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: 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 asociados a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

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 Reducción
- 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: _____