

Consentimiento Informado para Mamoplastia de Elevación (mastopexia)

Introducción: La mastopexia es una operación quirúrgica destinada a mejorar el contorno corporal de la mujer, corregir una pérdida en el volumen mamario después de un embarazo, equilibrar el tamaño de las mamas cuando existe una diferencia significativa entre ellas o como técnica reconstructiva en determinadas situaciones. Si las mamas no tienen el mismo tamaño o forma antes de la cirugía, es poco probable que sean completamente simétricas después. La intervención consiste en restaurar el relleno de la mama resituando el tejido mamario y acomodar el exceso de piel mediante una plastia de elevación del complejo areola-pezón.

La forma y el tamaño de las mamas previas 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.

Las incisiones para conseguir la elevación de la mama y proceder a la reducción de tejido mamario sobrante, se realizan de forma que las cicatrices resulten poco visibles y queden disimuladas, habitualmente por debajo de la mama en sentido vertical, alrededor de la areola y ocasionalmente en el surco de debajo de la mama.

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: 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. La ocurrencia de este hecho no es predecible, si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

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.

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

Dolor: Crónico a causa de comprensión de nervios sensitivos en el tejido cicatrizal.

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: La mastopexia es una operación quirúrgica electiva. La alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención o el uso de prendas interiores para elevar las mamas caídas.

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 mastopexia con
Implantación de Prótesis Mamarias _____.
- 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 retrasé 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) Confirmo 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: _____