

Consentimiento Retiro de Implantes Mamarios

Introducción: La retirada de los implantes mamarios que se colocan para la cirugía estética o reconstructiva, puede realizarse como procedimiento aislado o en combinación con otras técnicas como la extracción de tejido cicatricial que rodea la prótesis, biopsia de mama, extracción de gel de silicona fugado del implante, una mamoplastia de aumento secundaria, el levantamiento de senos (mastopexia), etc. Los implantes que están dañados o rotos se descartan y lo que se recomienda es su reemplazo por uno nuevo. Hay opciones para el tipo de anestesia, general o local.

Riesgos:

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.

Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre, puede requerir tratamiento para drenar la sangre acumulada o una transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea) que no está bien controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

Dolor: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos pueden producir dolor o este 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).

Dureza: Es posible la firmeza excesiva de las mamas después de la cirugía como consecuencia de la cicatrización interna. La ocurrencia de este evento no es predecible.

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.

Cambios psicológicos y aspecto: Es posible un fuerte efecto negativo sobre su apariencia física, con la posibilidad de graves trastornos psicológicos.

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.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: No existen mejores opciones. Puede no realizarse la cirugía.

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 el Retiro de Implantes Mamarios _____.
- 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: _____