

CONSENTIMIENTO INFORMADO MASTOPLASTÍA EN AUMENTO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

El Aumento del Tamaño del Busto se efectúa mediante el uso de prótesis, nunca por medio de la inyección de sustancias. Los motivos habituales por lo que se requiere este tipo de cirugía son el pobre o nulo desarrollo de la glándula mamaria o la atrofia que se produce algunas veces luego de varios embarazos. La prótesis se coloca por una incisión en la región submamaria o periareolar. El plano de colocación es siempre detrás de la glándula, pudiendo ser retroglándular, retrofascial o retromuscular. El plano de colocación como la vía de abordaje se deben elegir de acuerdo a las características físicas de cada paciente. Existen prótesis de superficie lisa o texturizada y su contenido es gel de silicona.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Modelar la figura. Aumentar el tamaño del busto.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Es una cirugía voluntaria. No corre peligro su salud.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.

Hemorragias, hematomas y equimosis. Seromas. En caso de hematomas importantes pueden requerir una nueva intervención quirúrgica para lograr un mejor resultado final. Se debe suspender todo tipo de ingestas de hierbas, aspirina, etc, que el médico ya le ha indicado.

Infección, por lo que es importante el baño prequirúrgico con jabones desinfectantes.

Dehiscencia de la herida quirúrgica.

Alteración de la sensibilidad del complejo aréola-pezones

Cicatriz inestética: hipertrófica, hipopigmentada, ancha. Depende de cada organismo, por lo que no se puede garantizar su evolución.

Encapsulamiento o contractura muscular. Es una reacción fibrosa alrededor de la prótesis como respuesta normal del organismo ante un cuerpo extraño. Puede aparecer rigidez, molestia, dolor de la mama, incluso distorsión, palpación del implante o desplazamiento. Se desconoce porque se produce y depende de cada organismo. Los casos graves pueden requerir una intervención quirúrgica con recambio de prótesis, por lo que recurriré al Dr..... para que me indique el tratamiento más adecuado.

Alteración de la lactación

Ruptura, la envoltura puede romperse por contractura, traumatismo y manipulación excesiva y la extravasación del gel puede ocasionar granulomas. En estos casos el implante debe cambiarse.

Extrusión, (salida del lugar)

Pliegues del implante, se presenta cuando el tejido glandular que recubre la prótesis es escaso. Puede causar distorsión del volumen. **Asimetrías mamarias**, generalmente por diferencia constitucional del tamaño de las mamas de la paciente.

Depósitos de calcio, generalmente microcalcificaciones después de la implantación en la cápsula fibrosa. Pueden requerir intervención quirúrgica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MASTOPLASTÍA EN AUMENTO

CONTINUACIÓN El cigarrillo disminuye el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno. De esta manera afecta la microcirculación produciendo isquemia de los bordes de la herida retardando la cicatrización y alterando la calidad de la misma.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES Se han reportado casos de crecimiento en esa cápsula, de una entidad llamada Linfoma Anaplásico de Células Grandes. Se está estudiando para encontrar la relación con las prótesis mamarias. La gran mayoría de los casos informados fueron con prótesis de superficie texturizada.

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **MASTOPLASTÍA EN AUMENTO**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE **MASTOPLASTÍA EN AUMENTO**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.
EN A LOS DÍAS, DEL MES DE DE
.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO