

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-39

Mamoplastía de Aumento

Rev.03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La mamoplastia de aumento es un procedimiento quirúrgico destinado a aumentar el volumen de las mamas por una serie de motivos:

- Para mejorar el contorno corporal de la mujer, la cual, por razones personales, considera pequeño el tamaño de sus pechos.
- Para corregir la pérdida de volumen mamario después del embarazo.
- Para equilibrar el tamaño de las mamas cuando existe una diferencia significativa entre ellas.
- Como técnica reconstructiva determinadas situaciones.

CARACTERÍSTICAS DE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO (En qué consiste)

La mamoplastia de aumento se consigue implantando una prótesis, ya sea detrás del tejido mamario o debajo de los músculos torácicos. Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo más invisibles que sea posible, habitualmente por debajo de la mama, alrededor de la parte inferior de la areola, o en la axila. El método de implantación y la posición de sus prótesis dependerá de sus preferencias, su anatomía y de la recomendación de su cirujano. Existen varios tipos de implantes: rellenos de gel de silicona, rellenos de suero fisiológico, etc.; deberá discutir con su cirujano plástico el más adecuado para su caso.

La forma y el tamaño de las mamas previas a la cirugía pueden influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final.

También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- Poco frecuentes y poco graves: infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor en la zona de operación.
- Poco frecuentes y graves: contractura capsular (tejido cicatricial alrededor del implante que puede hacer que la prótesis se redondee), cambios en la sensibilidad del pezón y la piel, alteraciones y retrasos en la cicatrización. Recuerde que los fumadores tienen mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización, los implantes, como cualquier otro dispositivo médico, pueden fallar y romperse, extracción del implante (falta de la adecuada cobertura tisular y origina la exposición del implante), arrugas y pliegues en la piel, pueden aparecer calcificaciones. Asimetría mamaria.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

No se ha demostrado un incremento en el riesgo de cáncer o de enfermedad mamaria en mujeres portadoras de prótesis mamarias por motivos estéticos o reconstructivos.

No existe evidencia suficiente en cuanto a la absoluta seguridad de los implantes mamarios respecto de la fertilidad, embarazo y lactancia.

Si Ud. Tiene alrededor de 35 años, es recomendable que se realice una mamografía preoperatoria. Los implantes mamarios pueden hacer la mamografía más difícil de realizar y pueden dificultar la detección de un cáncer de mama.

Siempre debe de informar al radiólogo de la presencia de prótesis mamaria para que puedan realizar los estudios adecuados.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La mamoplastia de aumento es un procedimiento quirúrgico electivo. La alternativa podría consistir en 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.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-39

Mamoplastía de Aumento

Rev.03

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Mamoplastía de Aumento.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Mamoplastía de Aumento.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Mamoplastía de Aumento** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)