

Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción

Instrucciones:

Este es un documento de Consentimiento Informado que ha sido preparado para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la Mamoplastia de Reducción, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, coloque sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

Información General: 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 diferentes utilizadas para reducir y dar forma a las mamas. Existen tanto riesgos como complicaciones asociadas a la reducción mamaria.

Firma Paciente:Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción.

Tratamiento Alternativo: La mamoplastia de reducción es una intervención quirúrgica electiva. El tratamiento alternativo podría consistir en 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.

Riesgos: Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo, es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la Mamoplastia de Reducción. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted deberá discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la Mamoplastia de reducción.

Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado. Si ocurre, puede requerir tratamiento para drenar la sangre acumulada o 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.

Infección: La infección es muy infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.

Cambios en la Sensibilidad del pezón y la piel: Puede experimentarse un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de alrededor. Puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una Mamoplastia de reducción en uno o en ambos pezones.

Firma Paciente:Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción.

Cicatrices Cutáneas: Todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de estas cicatrices es impredecible. Pueden producirse cicatrices anormales de la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos.

Resultado Insatisfactorio: Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de Mamoplastia de reducción. Usted puede quedar insatisfecho con la calidad de las cicatrices, el tamaño y la forma de las mamas.

Dolor: Una reducción mamaria puede no mejorar las quejas de dolor músculo-esquelético en el cuello, espalda y hombros. Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor.

Firmeza: Una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras la cirugía 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.

Retraso en la Cicatrización: Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar. Es incluso posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

Selección del Paciente: Los individuos con tono pobre de la piel, problemas médicos, obesidad, o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para una Intervención de este tipo.

Firma Paciente:Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción.

Asimetría: Cierta grado de asimetría mamaria ocurre de forma natural en la mayoría de las mujeres. También pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la Mamoplastia de reducción.

Enfermedad de la mama: La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de reducción mamaria. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen autoexamen periódicamente, se sometan a mamografía de acuerdo con las pautas establecidas y consultar a su médico si descubren un bulto en la mama.

Lactancia: Aunque algunas mujeres son capaces de dar lactancia después de una reducción mamaria, generalmente esto no es predecible. Si usted planea dar lactancia después de una reducción mamaria, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de someterse a la mamoplastia de reducción.

Reacciones Alérgicas: En casos raros se ha descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistemáticas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante o después de la cirugía. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Anestesia: Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Firma Paciente:Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción.

Necesidad de Cirugía Adicional: Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la Mamoplastia de reducción. Puede necesitarse cirugía secundaria para realizar un vaciado adicional o una readaptación de adherencias cicatriciales al plano muscular profundo. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la Mamoplastia de reducción. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

Responsabilidades Económicas: El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el costo del material quirúrgico, anestesia, cargos de hospital, etc., dependiendo de dónde se realice la cirugía. Puede haber costos adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

Firma Paciente:Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción.

Renuncia: Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes, en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre todos los métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso en particular y en el estado del conocimiento médico. Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan y los modelos de práctica evolucionan.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

Firma Paciente:Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción

Consentimiento para Cirugía / Procedimiento / Tratamiento

1- Por la presente autorizo al Dr. Boris Segal y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Mamoplastia de reducción _____.

2- He leído, comprendido y firmado las páginas del "Consentimiento Informado para Mamoplastia de reducción".

3- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

4- Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

5- Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

6- Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que pueda ser obtenido.

7- Doy el consentimiento para el fotografiado y/o filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

Firma Paciente:Consentimiento Informado para Mamoplastia de Reducción.

8- Me ha sido explicado de forma comprensible:

- A) El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- B) Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- C) Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

9- Localización de las cicatrices.

Firme en el siguiente consentimiento:

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-9), excepto el punto número: ____ SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MÁS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

Paciente o persona autorizada:

Nombre, apellidos y firma

Fecha: _____

Testigo: _____

Nombre, apellidos y firma

Normas de Ingreso Quirúrgico

Las siguientes indicaciones son muy importantes para su tratamiento; lea completamente la hoja

Antes de la Intervención:

En los días previos a la intervención:

- 1- Recuerde NO TOMAR ningún medicamento, sin consultar a su cirujano, incluidos los utilizados para dolores o catarros y los que lleven ASPIRINA.
- 2-Notifíquenos cualquier cambio de salud (resfriados, infecciones).
- 3-Adviértanos si toma o ha tomado alguna medicación para regular la presión arterial o la coagulación de la sangre, para el corazón, para tratar la diabetes, reuma, nervios, depresión, enfermedades mentales o cualquier infusión o "hierbas", complejos vitamínicos o drogas.
- 4-NO DEBERÍA FUMAR durante las dos semanas previas a la intervención y las dos semanas posteriores, como mínimo.

El Día Anterior al Ingreso:

- 1-Coma alimentos ligeros y evite bebidas alcohólicas.
- 2-Extremar la higiene (baño completo y esmerado) contribuye a prevenir las infecciones postoperatorias.
- 3- No tome nada por boca, ni líquidos (Ayuno Total) desde 8 horas antes de la intervención.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

El Día del Ingreso:

Debe dirigirse a Admisión (Ingresos) situado en..... el día:
.....a las.....horas.

1- Con ropa funcional.

2-En su habitación: Deberá vestirse con la prenda de Block quirúrgico que le facilitarán, sin ropa interior y deberá quitarse todos los objetos metálicos (Reloj, anillos, pendientes, pulseras, piercing, etc.), así como las piezas dentales móviles.

3-Deberá retirarse el maquillaje o esmalte de uñas.

Durante la Internación:

Normas Postoperatorias:

1- Después de la intervención usted tendrá la boca un poco seca, pueden humedecerse los labios, pero no puede beber agua hasta pasadas unas horas. Consulte con las enfermeras cualquier duda que pueda tener.

2- Es obligatoria la presencia de un/a acompañante durante todo el período de ingreso postoperatorio hasta el Alta.

3- Puede levantarse tan pronto como se lo permita, PERO CON AYUDA. No intente levantarse si se encuentra solo/a en la habitación, ya que podría sufrir un desvanecimiento.

4-No es extraño tener temperatura axilar hasta 38°C, si aumenta debe ser comunicado.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

Cuidados Postoperatorios:

1-Antes de ser dado de alta, se le indicará el tratamiento que debe seguir en su domicilio y el día que debe acudir a la consulta, para efectuar los controles necesarios (llamar para confirmar la hora).

2-Puede ducharse a partir del segundo día, evitando friccionarse en las áreas intervenidas y al finalizar, deberá secarse con secador frío sobre las incisiones para mantenerlas secas.

3- Deben de ser evitados los esfuerzos y las actividades deportivas por un período de tres a seis semanas aproximadamente.

4- En ningún caso deberá tomar sol o los rayos UVA sobre las incisiones.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

Dr. Boris Segal