

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REDUCCION MAMARIA

### ASPECTOS GENERALES

Las mujeres que poseen unas mamas grandes pueden experimentar una serie de problemas derivadas del peso corporal, trastornos endocrinológicos y tamaño de las mamas, como dolor de espalda, cuello y hombros, e irritación cutánea. La reducción mamaria se realiza habitualmente para mejorar estos síntomas más que para mejorar el aspecto de las mamas. Existen varias técnicas quirúrgicas dependiente del tamaño de las mamas utilizadas para reducir y dar forma a las mamas. Existen tanto riesgos como complicaciones asociadas a la reducción mamaria.

### RIESGOS DE LA MAMOPLASTIA DE REDUCCION

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y 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 las pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería 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 durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia.
- **Infeción:** 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 las mamas. Puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una mamoplastia de reducción en uno o ambos pezones.
- **Cicatrización:** Todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de estas cicatrices es impredecible. Pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos adicionales (laminas de siliconas, corticoides, etc.).
- **Resultado insatisfactorio:** Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de reducción mamaria. Usted puede quedar insatisfecha con el tamaño y la forma de las mamas.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**

- **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 adicional.
- **Dehiscencia de herida:** En este tipo de cirugía es frecuente una apertura de la herida o retardo de la cicatrización conduciendo a manejo post-quirúrgico o medicamentoso.
- **Los fumadores:** tienen un riesgo mayor de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización. Para prevenir mala cicatrización es prudente evitar 30 días antes el consumo de cigarrillos al igual que la aspirina y vitamina E, antiinflamatorios no esteroides para evitar el sangrado post operatorio.
- **Asimetría:** Normalmente hay una asimetría mamaria ocurre de forma natural en la mayoría de las mujeres. También pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o del pezón, tamaño tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la reducción mamaria.
- **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.
- **Reacción alérgicas:** En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. 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 muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Después de la intervención es normal:

Ligero aumento de la temperatura.

Molestia en la espalda, hormigueo en las manos y en los pies, e incluso pérdida de fuerza en los brazos o las manos.

Dolor en el pecho de intensidad variable.

Pequeño sangrado o secreción sero sanguinolenta en las primeras 48 hrs.

Aparición de edema que va disminuyendo progresivamente hasta la sexta semana en la que ya se considera que debe ser mínimo.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**

## **NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL**

Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la mamoplastia de reducción. Puede necesitarse para realizar un tensado adicional o una reposición de las mamas. 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 sobre los resultados que pueden obtenerse.

## **RESPONSABILIDAD ECONOMICAS**

Tengo presente que puede existir la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos complementarios o refinamientos en relación a la cirugía realizada, lo cual dependerá de variables personales o imprevisibles, debiendo el paciente en tal caso, asumir solo los gastos clínicos que ello signifique.

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

## **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

1. Por el presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y a su equipo médico que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: MAMOPLASTIA DE REDUCCION.
2. He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: "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 a los propuestos. Por el presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y a su equipo médico, 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

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**

anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y muy raramente, muerte.

6. Estoy de acuerdo en que no se me ha garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
7. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, y la posterior utilización de dicho material con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
8. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:
  - EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE, LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS Y LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO.
9. LOCALIZACION DE LAS CICATRICES:
  1. Cicatriz alrededor de la aréola.
  2. Cicatriz vertical hasta el surco inframamario.
  3. Cicatriz en el surco inframamario.



Doy el consentimiento para el tratamiento y los puntos citados arriba 1 al 9.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

Rut: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**