

MAMAPLASTÍA DE REDUCCION

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMAPLASTIA DE AUMENTO

Este es un documento de consentimiento informado recopilado de varias fuentes y preparado para los pacientes del MIEMBRO TITULAR DE LA SPACPRE Dr. _____ por la Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética en base a libros, artículos y publicaciones por Internet para informarles sobre la MAMAPLASTIA DE REDUCCION, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Es importante que lea ésta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga su firma o media firma en cada página, indicando así que la ha leído, y firme el consentimiento para la cirugía elegida. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico. La práctica de la Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. La firma de este documento sólo tiene como objetivo demostrar que Ud. está informado del procedimiento que ha elegido y solicitado; y de las posibles complicaciones y riesgos de la operación. No implica nada más.

INDICACIONES Y GENERALIDADES

Hipertrofia Mamaria: Se denomina hipertrofia mamaria al volumen excesivo de los senos. Su aumento puede aparecer como síntoma aislado, sobre todo en pacientes jóvenes (hipertrofia juvenil) o acompañado de la caída del pecho (hipertrofia con ptosis). En general se debe a un desarrollo exagerado de la glándula mamaria o del tejido adiposo y frecuentemente se acompaña de alteración de los tejidos (displasia mamaria) y de incapacidad de lactación. Con la cirugía la mama se reduce en peso y se modifica la forma. La aréola es modificada y reposicionada en un lugar más natural y juvenil. El exceso de piel es retirado y hay que entender que a mayor cantidad de piel y glándula que se deba retirar, mayor necesidad de cortes y por lo tanto cicatrices.

El tamaño aproximado es definido por la paciente. Las indicaciones más frecuentes son: Eliminar dolores de espalda, dermatitis bajo los senos, adquirir más satisfacción con la imagen corporal, senos que son demasiado grandes con respecto al resto de su cuerpo, senos pesados y colgantes, asimetría (un seno es mucho más grande que el otro), marcas dolorosas del sostén en los hombros, restricción de actividad física debido al tamaño y peso de sus senos, etc. Se contraindica si hay hallazgos mamográficos sospechosos hasta que se resuelvan los mismos con ayuda del mastólogo. También si el paciente no acepta senos más pequeños, o las complicaciones que puedan resultar de la cirugía.

Ptosis Mamaria: La ley de la gravedad unida al relajamiento de la piel y de las demás estructuras de fijación ejercen sus inexorables efectos. Los senos, como cualquier otro órgano, sufren modificaciones con el paso del tiempo tanto en su función como en su forma. Se dice del seno que está caído que presenta ptosis mamaria. La causa puede ser un exceso de peso de la glándula (hipertrofia), una flacidez exagerada de la piel o ambas. La valoración se realiza por la altura de los pezones con respecto al surco submamario, por lo que la ptosis es independiente del volumen, pudiendo aparecer tanto en mamas de tamaño normal como en senos pequeños (hipotrofia). La etiología (o causa) es una pérdida de elasticidad en la dermis (una de las capas de la piel) y de una pérdida de la masa glandular tras la lactancia, la edad y la pérdida de peso. La intervención que se realiza para solucionar este problema es la que se conoce con el nombre de Mastopexia. La palabra Mastopexia deriva del griego: mas = mama y pexia = fijación.

Tipo de Ptosis:

Grupo I: mamas grandes o Hipertróficas. La ptosis es debida a un exceso de glándula y/o de tejido adiposo y la operación se denomina mamoplastia reductora.

Grupo II: El volumen de los senos es el adecuado al cuerpo de la mujer pero existe un exceso de piel. Para su corrección será necesario retirar dicho excedente de piel de manera que el sostén cutáneo se adapte al tamaño de la mama en la posición adecuada.

Grupo III: Son los senos caídos cuyo volumen no alcanza el tamaño normal o el deseado por la paciente. Cuando sucede esto es necesario recurrir a la colocación de unos implantes para aumentar su volumen. Si la flacidez es importante puede ser necesario resecaer el excedente de piel.

CONSENTIMIENTO:

He recibido y leído el precedente folleto informativo: **Consentimiento informado de la SPACPRE, para MAMAPLASTIA DE REDUCCION**

Me ha sido explicado de forma comprensible y se me han dado las posibilidades de preguntar todo lo que quería saber para decidir libremente por la realización del procedimiento. Entendí los procedimientos alternativos y los riesgos y consecuencias del procedimiento o tratamiento elegido por mi propia voluntad.

Me facilitaron toda la literatura y fuentes de información requeridas además de este informe previo y se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito mas información.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos y medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de COMPLICACIONES inclusive con riesgo de vida. 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 planeados. Autorizo al cirujano citado y a su equipo de profesionales 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.

Entiendo que al tratarse de un procedimiento médico quirúrgico no se puede controlar totalmente el procedimiento ni la recuperación del paciente, y consiento ser transferido a cualquier hospital a elección y criterio del equipo médico si es que dicha transferencia la consideran necesaria.

Me haré cargo de todos los gastos económicos que requieran estas situaciones y tratamientos, así como de los gastos de las cirugías adicionales y asociadas tanto para la corrección de las complicaciones como de los resultados insatisfactorios.

Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi nombre no será revelado en las imágenes que serán de propiedad del cirujano. Doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano con fines de avances en la educación médica.

He elegido libremente la anestesia a ser utilizada y la localización de las incisiones y drenajes.

Autorizo al cirujano que disponga a su criterio de los tejidos y materiales retirados de mi cuerpo para su estudio o desecho.

DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DE MI HISTORIAL CLINICO PASADO y PRESENTE, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS Y HABITOS QUE PODRIAN SUPONER ALGUNA CONTRAINDICACION O AUMENTAR EL RIESGO PARA ESTE TIPO DE CIRUGIA INCLUSIVE A LARGO PLAZO.

He leído con anterioridad este consentimiento y recibido una copia del mismo.

Autorizo y requiero al

Dr. _____

y su equipo de colaboradores a realizar en mí el siguiente procedimiento médico:

Todos los espacios han sido llenados previamente y todas las páginas llevan mi firma o media firma.

Paciente:

Doc. Id.:

Testigo:

Doc. Id:

Lugar y Fecha: