

CONSENTIMIENTO PARA MASTOPLASTIA AUMENTATIVA.

Ciudad y fecha:,/...../20____

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de..... luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos objetivos, alcances, y características del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a.**

....., y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención quirúrgica conocida como **Masto plastia aumentativa con Inclusión**

Mamaria que se realizará en.....

2. Se me ha informado que la mastoplastía aumentativa es un procedimiento quirúrgico para conseguir un aumento del volumen mamario mediante la colocación de implante de siliconas.

3. Asimismo se me ha explicitado que el implante mamario (prótesis) puede colocarse detrás de la glándula misma y por delante del músculo pectoral, o bien por detrás de dicho músculo, dependiendo del criterio médico. En mi caso se me ha especificado que los

implantes se colocarán en forma Las incisiones de abordaje para implantar las prótesis pueden realizarse en el surco submamario, en la axila, o bien alrededor de la areola (o incluso atravesando la misma), de manera que la cicatriz resultante sea poco visible. En este caso la incisión será en

.....
4. La intervención enunciada me ha sido explicada, y estoy en conocimiento de los riesgos y eventuales complicaciones que pudiesen sobrevenir con motivo de la misma. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

4.1 No hay hasta este momento evidencia alguna que permita vincular el origen o desarrollo del carcinoma mamario con la presencia de implante de siliconas. Es admitido que las prótesis mamarias pueden dificultar el diagnóstico mamográfico de las lesiones malignas pre-clínicas o incipientes (microcalcificaciones, distorsiones); existiendo así la posibilidad de retardo en el diagnóstico de carcinoma mamario si no se utilizan las modernas técnicas de detección. Se aconseja por ello maximizar el examen clínico y utilizar la mejor tecnología mamográfica disponible. No existe por otra parte contraindicación en utilizar implantes de silicona en procedimientos de reconstrucción mamaria postmastectomía por cáncer. La existencia de un implante mamario no dificulta el tratamiento en éstos casos.

4.2 No se han publicado hasta la fecha ensayos clínicos o experimentales que permitan asegurar o descartar la incidencia de los implantes mamarios de silicona en el origen y/o desarrollo de enfermedades inmunológicas o reumáticas (esclerodermia, artritis reumatoidea, lupus o collagenopatías). No obstante la existencia de casos clínicos puntuales en los que se vincula temporalmente al implante con la ocurrencia de dichas patologías obliga a que se tomen todos los recaudos necesarios para conocer su existencia clínica o subclínica antes de la realización de la intervención. En tal sentido manifiesto que, además de los exámenes preoperatorios que me fueron requeridos, desconozco padecer o registrar antecedentes familiares de dichas enfermedades.-

4.3 Se me ha informado que ante la comprobación de la ruptura del implante, el mismo debe ser extirpado incluyendo la cápsula fibrosa que lo rodea, pudiendo cambiarse o no la prótesis en el mismo acto quirúrgico, según sea el caso.

.....
Firma.

4.4 En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

4.5 Las complicaciones que pueden originarse en este tipo de intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas por la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal (cicatrización queloides o hipertrófica), infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias. -

4.6 Además de lo antes mencionado, pueden presentarse Contracción de la cápsula fibrosa, que es un tejido cicatrizal que se forma habitualmente alrededor del implante, pudiendo apretarlo, comprimirlo y modificar su forma y consistencia. Esto puede causar endurecimiento, dolor, y en casos severos puede observarse alguna deformación externa de la glándula mamaria. La formación de la cápsula en sí no constituye una complicación sino que se trata de una reacción normal de autodefensa del organismo. También pueden formarse arrugas o pliegues en la superficie del implante perceptibles a nivel cutáneo y producir irritación de los tejidos vecinos. Este tipo de situaciones puede provocar también una disminución del volumen conseguido con el implante y/o hacer recomendable su extracción.--

4.7 Numerosa bibliografía informa que el hábito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados de operaciones de cirugía estética, pudiendo producir alteraciones de la cicatrización y de la vitalidad de los tejidos movilizados. Por lo expuesto, se me ha recomendado, para el caso de ser fumadora, el no hacerlo durante los treinta días anteriores y posteriores a la fecha de la operación.-

5. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-

6. Estoy en conocimiento que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará

anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han especificado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificaciones introducidas por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

8. Soy consciente que la práctica de la Medicina, y la Cirugía plástica o estética en particular, no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.-

9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-

10. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:

.....
11. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o

paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

12. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

13. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono:Teléfono:

Domicilio:Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: