

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE MASTOPEXIA DE ELEVACIÓN**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre del Paciente |  |
| R.U.T del Paciente  |  |

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Cirugía de Mastopexia de Elevación**, es una intervención quirúrgica electiva y destinada a elevar las mamas ptósicas o caídas. Según el grado de caída, el volumen mamario y la calidad de la piel pueden ser necesarias distintos tipos de técnicas, así como distintos tipos de cicatrices. También puede ser necesaria la colocación de un implante. En los casos de asimetrías mamarias pueden ser necesarias distintas técnicas en cada mama. Converse con su cirujano para comprender las posibilidades y expresar sus expectativas. Puede o no ser necesaria la utilización de drenajes.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- **Hemorragia:** si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.

- **Infeción:** la infección después de este tipo de cirugía es muy rara. Si esto ocurre, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel:** las mamas están habitualmente doloridas después de la cirugía. No es raro que haya algún cambio en la sensibilidad del pezón inmediatamente después de la cirugía. Al cabo de varios meses la mayoría de las pacientes tiene una sensibilidad normal. Ocasionalmente puede ocurrir una pérdida parcial o total del pezón y la piel.
- **Cicatrices cutáneas:** todas las cirugías dejan cicatrices. En casos raros pueden darse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Puede necesitarse cirugía adicional para tratar cicatrices anormales tras la cirugía.
- **Embarazo y Lactancia:** aunque muchas mujeres son capaces de dar lactancia después de una Mastopexia, generalmente esto no es predecible, si usted planea dar lactancia después de una Mastopexia, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de operarse.
- **Reacciones 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 frente a la cirugía o después. Las reacciones pueden requerir tratamiento adicional.
- **Resultado insatisfactorio:** existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de Mastopexia. Usted puede quedar insatisfecha con el aumento y forma de las mamas.
- **Necrosis grasa:** una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras una cirugía, debido a una 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.
- **Problemas con los puntos:** Los puntos reabsorbibles internos pueden salir hacia a superficie de la piel y, en ese caso ser necesario retirarlos. Esto puede causar inflamación de la zona afectada y alteración de la cicatriz.
- **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 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.
- **Asimetría:** cierto 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 después de una Mastopexia.
- **Evolución:** La cirugía de Mastopexia no detiene la evolución normal de la mama ante el paso del tiempo, cambios de peso o periodos de lactancia, por lo que la mama podría nuevamente caer. Esto también depende de la calidad de los tejidos y condiciones previas de la piel.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En Cirugía Plástica siempre está dentro de las posibilidades la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos complementarios o "retoques" para alcanzar un mejor resultado sin ser considerados una complicación. Esto significara un gasto adicional para el paciente.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO  
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Mastopexia de Elevación** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE MASTOPEXIA DE ELEVACIÓN,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

|   |                              |              |
|---|------------------------------|--------------|
| Firma del Consentimiento:               | <b>FECHA:</b> ____/____/____ | <b>HORA:</b> |
| Procedimiento o Intervención Quirúrgica |                              |              |
| Diagnóstico                             |                              |              |
| Nombre, R.U.T. y Firma Médico           |                              |              |

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

|  |  |
|--|--|
| Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde |  |
|--|--|

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)