

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN**

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 Mamoplastia de Reducción consiste en reducir el volumen mamario. Esta cirugía puede tener un carácter reparador o estético. Se considera reparadora cuando el volumen mamario es de tal magnitud que produce alteraciones en la salud o en casos de simetrizaciones mamarias por cáncer de mama. Existen varias técnicas quirúrgicas utilizadas para reducir y dar forma a las mamas. Existen tanto riesgos como complicaciones potenciales asociados a las formas quirúrgicas de tratamiento.

El tipo de anestesia requerida, 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 ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría 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 sangrado.
- **Infección:** la infección después de este tipo de cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.

- **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.
- **Cicatrices cutáneas:** 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.
- **Resultado insatisfactorio:** existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de reducción mamaria. Usted puede quedar insatisfecha con el aumento y forma de las mamas.
- **Dolor:** una reducción mamaria puede no mejorar las quejas de dolor de músculo-esquelético en el cuello, espalda y hombros. Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de las mamas 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.
- **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. Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.
- **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.
- **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 para revisar una asimetría después de la reducción mamaria.
- **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 auto examen periódicamente, y se sometan a los exámenes indicados para su edad y riesgo.
- **Lactancia:** La capacidad de dar lactancia luego de esta cirugía es impredecible.

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.

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.

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

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 asociadas a las formas quirúrgicas alternativas de tratamiento.

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 **la Cirugía de Mamoplastia de Reducción** 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 MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN, 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:	FECHA: ____/____/____	HORA:
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)