

SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA PLÁSTICA

Proveído a la página web de la SPACPRE

por el Dr. Juan Francisco Recalde

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMAPLASTIA DE REDUCCIÓN Y MASTOPEXIA

ESTE ES UN DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREPARADO PARA LOS PACIENTES DEL MIEMBRO TITULAR

DR.

POR LA SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA, PARA AYUDAR A INFORMARLES SOBRE LA MAMAPLASTIA, SUS RIESGOS Y LOS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS. ES IMPORTANTE QUE LEA ESTA INFORMACIÓN DE FORMA CUIDADOSA Y COMPLETA. POR FAVOR, PONGA SU FIRMA O MEDIA FIRMA EN CADA PÁGINA, INDI-CANDO ASÍ QUE LA HA LEÍDO, Y FIRME EL CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA ELEGIDA. SU CIRUJANO PLÁSTICO PUEDE PROPORCIONARLE INFORMACIÓN ADICIONAL O DIFEREN-TE, BASADA EN TODOS LOS HECHOS DE SU CASO PARTICULAR Y EN EL ESTADO DEL CONOCIMIENTO MÉDICO. **LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA Y LA 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 INFORMADA 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, SOBRETUDO 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 EL PACIENTE. LAS INDICACIONES MÁS FRECUENTES SON: ELIMINAR DOLORS 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, 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 ES UNA PÉRDIDA DE ELASTICIDAD EN LA DERMIS Y DE UNA PÉRDIDA DE LA MASA GLANDULAR TRAS LA LACTANCIA, EDAD Y 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 "MASTOS "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 RESECAR EL EXCEDENTE DE PIEL.

TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CICATRIZ: LA OPERACIÓN CONSISTE EN LA RESECCIÓN O RETIRADA DEL EXCESO DE PIEL Y GLÁNDULA, EN EL MODELADO DEL NUEVO VOLUMEN CON LA FORMA DESEADA, Y EN ADAPTAR LAS AREOLAS AL TAMAÑO Y SITUACIÓN ADECUADA. EL RESULTADO DEPENDE NO SÓLO DEL CIRUJANO SINO TAMBIÉN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MAMAS EN CUESTIÓN: EXISTEN LIMITACIONES IMPUESTAS POR EL TIPO DE PIEL, DE GLÁNDULA Y EL TAMAÑO DE ÉSTA. COMO TODO CORTE DEJA CICATRIZ, ES NATURAL E INEVITABLE QUE ÉSTA INTERVENCIÓN TAMBIÉN LAS DEJE. LO QUE SIEMPRE PROCURAMOS ES HACERLAS LO MÁS PEQUEÑAS Y MÁS IMPERCEPTIBLES POSIBLES, PARA LO CUAL UTILIZAMOS TÉCNICAS APROPIADAS Y LAS COLOCAMOS EN LUGARES ESTRATÉGICOS. DEPENDIENDO DE LA TÉCNICA VARÍA SU DISPOSICIÓN Y FORMA, AUNQUE LO HABITUAL EN MAMAS GRANDES, ES UNA CICATRIZ ALREDEDOR DE LA AREOLA QUE DESCIENDE, DE MANERA VERTICAL U OBLICUA, PARA CONTINUAR A NIVEL DEL PLIEGUE SUBMAMARIO, EN FORMA DE T INVERTIDA O L. CUANTO MAYOR ES EL TAMAÑO Y LA CAÍDA, Y MAYOR ES LA DISMINUCIÓN Y/O LEVANTAMIENTO (PEXIA), MAYOR LA LONGITUD DE LA CICATRIZ Y ESA ES UNA REGLA QUE FRECUENTEMENTE SE CUMPLE. ACTUALMENTE HEMOS REDUCIDO DE MANERA IMPORTANTE LAS DIMENSIONES DE LAS INCISIONES TRADICIONALES PUDIÉNDOSE LLEGAR, EN ALGUNOS CASOS, A UNA CICATRIZ LIMITADA A LA AREOLA: O A LA SUMA DE UNA CICATRIZ VERTICAL QUE LLEGA AL SURCO INFRAMAMARIO; Y A ÉSTA SE PODRÍA SUMAR OTRA DIRIGIDA AL COSTADO QUEDANDO EN FORMA DE L O J. LAS CICATRICES, COLOCADAS ESTRATÉGICAMENTE, SON ROJAS AL PRINCIPIO, DESPUÉS SE VUELVEN ROSADAS, TARDAN ENTRE 6 MESES Y UN AÑO EN BLANQUEARSE, Y NECESITAN HASTA DOS AÑOS PARA ALCANZAR SU ASPECTO DEFINITIVO. POR OTRA PARTE, EL USO CONTINUO DE SUJETADOR ES FUNDAMENTAL NO SÓLO PARA EVITAR QUE LAS CICATRICES SUFRAN TENSIÓN Y SE ENSANCHEN, SINO TAMBIÉN POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL QUE ESTAS PACIENTES PRESENTAN.

RESULTADOS: LA INTERVENCIÓN SE REALIZA CON UNA PERSPECTIVA DE FUTURO Y NO PENSANDO EN LA APARIENCIA INMEDIATA A LA CIRUGÍA. LOS SENOS, MUY CÓNICOS U ELEVADOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN SE RELAJAN LIGERAMENTE Y TOMAN UNA FORMA NATURAL, SUAVEMENTE PERFLADA: NORMALMENTE TIENDEN A EXTENDERSE A LO ANCHO LEVEMENTE, Y LA ARÉOLA Y EL PEZÓN A DESPLAZARSE HACIA ARRIBA. LO MÁS COMÚN SON LOS DEFECTOS EN LA CICATRIZ, AUNQUE TAMBIÉN SON RELATIVAMENTE FRECUENTES LOS DESEQUILIBRIOS EN LA FORMA, EL TAMAÑO Y LA SIMETRÍA, TANTO DE LOS SENOS COMO DE LA ARÉOLA Y DEL PEZÓN. LOS PUNTOS SE RETIRAN PROGRESIVAMENTE DURANTE LAS DOS SEMANAS SIGUIENTES. LOS PECHOS QUEDAN EDEMATIZADOS DURANTE APROXIMADAMENTE UN MES Y SU POSICIÓN Y FORMA DEFINITIVA SÓLO PUEDE APRECIARSE TRANSCURRIDOS 3 Ó 6 MESES. TAMBIÉN ES NORMAL QUE APAREZCAN EQUIMOSIS (MORETONES) Y LA SENSIBILIDAD EN UNA O AMBAS AREOLAS PUEDE ESTAR DISMINUIDA. NORMALMENTE ES REVERSIBLE, RECUPERÁNDOSE ENTRE EL 3º Y 6º MES, AUNQUE A VECES PUEDE HACERLO MÁS LENTAMENTE O DEFINITIVAMENTE PERDERSE.

COMPLICACIONES: PODRÍAMOS HABLAR EN LÍNEAS GENERALES DE COMPLICACIONES ESPECÍFICAS Y NO ESPECÍFICAS A LA CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE MAMAS. **COMPLICACIONES GENERALES A UNA INTERVENCIÓN:** INFECCIÓN, SEROMA, HEMATOMA, CICATRICES HIPERTRÓFICAS, QUELOIDES, INTOLERANCIA DE PUNTOS, DOLOR, TROMBOEMBOLISMOS PULMONARES SERIOS, ETC.

COMPLICACIONES DE LA MAMAPLASTIA PROPIAMENTE DICHAS: **NECROSIS PARCIAL O TOTAL DE AREOLA:** ESTA SE PRODUCE POR LO GENERAL POR EL DEFICIENTE RETORNO VENOSO AL COMPRIMIR EL PEDICULO EN SU NUEVA POSICIÓN. **PERDIDA DE LA LACTANCIA:** AL DESESTRUCTURAR LA MAMA CON LA RESECCIÓN DEL TEJIDO GLANDULAR Y DUCTOS GALACTOFOROS POR REGLA GENERAL SE IMPIDE LA LACTANCIA. GENERALMENTE ESTO NO OCURRE PERO CUANTO MAYOR SEA EL DESPLAZAMIENTO QUE DEBA TENER EL PEZÓN HASTA SU NUEVA UBICACIÓN, MAYOR EL RIESGO DE CORTAR LOS DUCTOS Y DIFICULTAR O IMPEDIR LA LACTANCIA POSTERIOR. **PERDIDA DE SENSIBILIDAD EN EL PEZÓN.** EN TODAS LAS TÉCNICAS Y CASI TODOS LOS AUTORES INDICAN UN PORCENTAJE RESIDUAL DE PERDIDA DE SENSIBILIDAD DEL PEZÓN HABIENDO DESCRITO CASOS DE AUMENTO DE LA SENSIBILIDAD. SI LA SENSIBILIDAD DEL PEZÓN ES ESENCIAL PARA LA SATISFACCIÓN SEXUAL DEL PACIENTE, NO DEBERÍA OPERARSE A MENOS QUE ACEPTE LA PERDIDA PARCIAL O TOTAL DE LA MISMA. **ADIPONECROSIS.** SE PRODUCE POR LA EXCESIVA MANIPULACIÓN DEL TEJIDO MAMARIO Y SE MANIFIESTA POR PERDIDA DE VOLUMEN Y CONSISTENCIA DE LA MAMA. EN PACIENTES OBESAS Y EN LAS GRANDES HIPERTROFIAS AUMENTA EL RIESGO DE LIPÓLISIS O NECROSIS GRASA DEBIDO A LA DELICADEZA DEL TEJIDO. **NECROSIS CUTÁNEA (PIEL MUERTA).** PRINCIPALMENTE EN LA CONFLUENCIA DE LOS COLGAJOS CUTÁNEOS DE LA T INVERTIDA POR TENSIÓN O TRACCIÓN EN EL POST-OPERATORIO, O FRECUENTEMENTE EN PACIENTES FUMADORAS O CON COLAGENOPATIAS. **CICATRICES INESTÉTICAS.** TODAS LAS CICATRICES AÚN NORMALES SON VISIBLES EN MAYOR O MENOR GRADO. LAS CICATRICES PATOLÓGICAS PUEDEN SER DE DIFÍCIL TRATAMIENTO Y DEFINITIVAS. **RETARDO DE LA CICATRIZACIÓN:** A VECES HAY FALLAS EN EL MECANISMO DEL CUERPO PARA CIERRE DE LAS HERIDAS Y PUEDE REQUERIR TRATAMIENTOS ADICIONALES. **INSATISFACCIÓN CON LOS RESULTADOS:** ENTRE LAS MUJERES NO SATISFECHAS LA PRINCIPAL PREOCUPACIÓN ES LA PRESENCIA DE CICATRICES INESTÉTICAS Y ASIMETRÍAS MAMARIAS. LO QUE SE HA OBSERVADO A LARGO TIEMPO ES QUE LA MAMA TIENDE A DESCENDER VACIÁNDOSE EL POLO SUPERIOR. LAS MAMAS EN EL POST-OPERATORIO PUEDEN EVOLUCIONAR DE DISTINTA MANERA Y NOTARSE ASIMETRÍAS EN VARIOS GRADOS. ES LITERALMENTE IMPOSIBLE LO-

GRAR UNA SIMETRÍA PERFECTA YA QUE SON VARIOS LOS FACTORES QUE INTERVIENEN CONTRA LA MISMA. EN LOS CASOS EN QUE SE HA COLOCADO PRÓTESIS MAMARIA, TENEMOS QUE PREVER LA CAÍDA NATURAL QUE CONLLEVA EL DESCENSO DE LA MAMA TRAS LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS, Y EN ESTOS CASOS HABRÁ QUE AÑADIR CUALQUIERA DE LOS EFECTOS Y COMPLICACIONES QUE PUEDAN CONLLEVAR LA COLOCACIÓN DE LAS PRÓTESIS MAMARIAS. (DESPLAZAMIENTOS, ROTURAS, CONTRACTURAS, ASIMETRÍAS, ETC.....). EL CUIDADOSO PLANEAMIENTO PREVIO PUEDE MINIMIZAR PERO NO SIEMPRE PREVENIR DICHS RESULTADOS Y COMPLICACIONES. LAS REPETIDAS CIRUGÍAS PARA MEJORAR LA APARIENCIA PUEDEN DERIVAR TAMBIÉN EN RESULTADOS ESTÉTICOS INSATISFATORIOS

ANESTESIA: TANTO LA ANESTESIA LOCAL COMO LA GENERAL IMPLICAN UN RIESGO. EXISTE LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES, QUE PUEDEN SER MÍNIMAS O PONER EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE. EN EL CASO DE BLOQUEO INTERCOSTAL PUEDE PRODUCIRSE UN NEUMOTÓRAX NORMALMENTE LEVE QUE SUELE REABSORBERSE ESPONTÁNEAMENTE. PUEDEN QUEDAR MARCAR DE AGUJAS, DOLORS DE ESPALDA, CEFALÉAS, INFECCIONES MENÍNGEAS, ETC.

DOLOR: PUEDE SER DE DIFERENTE INTENSIDAD Y DURACIÓN, CAUSAR DISCONFORT, RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES, ESTRÉS Y DESAJUSTES SICOLÓGICOS, ETC.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO: ESTA ES UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA ELECTIVA. LA ALTERNATIVA PODRÍA CONSISTIR EN NO LLEVAR A CABO LA INTERVENCIÓN.

CONSENTIMIENTO:

HE RECIBIDO Y LEIDO EL PRECEDENTE FOLLETO INFORMATIVO: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMAPLASTIA REDUCTORA Y / O MASTOPEXIA DE LA SPACPRE.

1. 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 DE MAMAPLASTIA REDUCTORA Y/O MASTOPEXIA CON O SIN IMPLANTES.
2. ENTENDÍ LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS Y LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO ELEGIDO POR MI PROPIA VOLUNTAD.
3. ME FACILITARON TODA LA LITERATURA Y FUENTES DE INFORMACIÓN REQUERIDAS ADEMÁS DE ESTE INFORME PREVIO Y SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACION MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACION Y NO NECESITO MAS INFORMACION.
4. ESTOY DE ACUERDO EN QUE NO SE ME HA DADO GARANTÍA POR PARTE DE NADIE EN CUANTO AL RESULTADO QUE PUEDE SER OBTENIDO.
5. 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.
6. 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 INSATISFATORIOS.
7. 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,
8. HE ELEGIDO CON AYUDA DEL CIRUJANO LAS LOCALIZACIONES DE LAS INCISIONES Y DRENAJES; Y TAMBIÉN EL TIPO DE ANESTESIA A SER UTILIZADO.
9. AUTORIZO AL CIRUJANO QUE DISPONGA A SU CRITERIO DE LOS TEJIDOS Y MATERIALES RETIRADOS DE MI CUERPO PARA SU ESTUDIO O DESECHO.
10. DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DE MI HISTORIAL CLINICO PASADO Y PRESENTE, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS Y HÁBITOS QUE PODRÍAN SUPONER ALGUNA CONTRAINDICACIÓN O AUMENTAR EL RIESGO PARA ESTE TIPO DE CIRUGÍA INCLUSIVE A LARGO PLAZO.
11. HE LEÍDO CON ANTERIORIDAD ESTE CONSENTIMIENTO Y RECIBIDO UNA COPIA DEL MISMO.
- 12.

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.Núm. _____

FECHA: _____ TESTIGO: _____ D.ID: _____

CONSENTIMIENTO

www.plasticlinica.com.py

He recibido y leído el precedente folleto informativo: Consentimiento informado para mamoplastia REDUCTORA Y / O MASTOPEXIA de la SPACPRE.

1. 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 de mamoplastia reductora y/o mastopexia con o sin implantes.
2. Entendí LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS y LOS RIESGOS y consecuencias DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO elegido por mi propia voluntad.
3. ME FACILITARON TODA LA LITERATURA Y FUENTES DE INFORMACIÓN requeridas ADEMÁS DE ESTE INFORME PREVIO Y SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACION MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACION Y NO NECESITO MAS INFORMACION.
4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
5. 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.
6. 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.
7. 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,
8. He elegido con ayuda del cirujano las localizaciones de las INCISIONES y drenajes; y también el tipo de anestesia a ser utilizado.
9. Autorizo al cirujano que disponga a su criterio de los tejidos y materiales retirados de mi cuerpo para su estudio o desecho.
10. DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DE MI HISTORIAL CLINICO PASADO Y PRESENTE, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS Y HÁBITOS QUE PODRÍAN SUPONER ALGUNA CONTRAINDICACIÓN O AUMENTAR EL RIESGO PARA ESTE TIPO DE CIRUGÍA INCLUSIVE A LARGO PLAZO.
11. He leído con anterioridad este consentimiento y recibido una copia del mismo.
12. 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.Núm.

Fecha: Testigo: D.Id: