

---

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA AUMENTO DE GLÚTEOS CON IMPLANTES**

---

*El/la paciente debe firmar y escribir su nombre y la fecha de la firma en la parte inferior de cada una de las páginas del presente documento, incluida ésta.*

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA AUMENTO DE GLÚTEOS CON IMPLANTES**

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

**INFORMACION GENERAL**

La gluteoplastia de aumento es una operación quirúrgica destinada a aumentar el tamaño de los glúteos por una serie de motivos:

- Cirugía Plástica para mejora de apariencia estética.
- Con finalidad reparadora.
- Lipodistrofia (HIV, Barraquer-Simmons).
- Ausencia de músculo o tendón.
- Rotura muscular.

La forma y el tamaño de los glúteos previos a la cirugía pueden influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final.

Si los glúteos no tienen el mismo tamaño o forma antes de la cirugía, es poco probable que sean completamente simétricos después.

El aumento del glúteo se consigue implantando una prótesis debajo del músculo glúteo mayor. Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo más invisibles que sea posible, habitualmente en el surco interglúteo.

Tipos de prótesis: rellenas de gel de silicona, de suero fisiológico, de material hidrosoluble, combinadas, etc. En la actualidad, las más usadas son las de gel cohesivo de silicona.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

La gluteoplastia de aumento es una operación quirúrgica electiva. La alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención, el uso de una prótesis glútea externa o relleno o la transferencia de otros tejidos corporales para aumentar el tamaño.

**RIESGOS**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted

comprenda los riesgos asociados a la gluteoplastia de aumento.

La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias del aumento de glúteos. Las complicaciones pueden suponer además un gasto añadido por las pruebas o tratamientos que se deban realizar.

- Hemorragia. Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de emergencia para drenar la sangre acumulada o una transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia.

- Infección. La infección es infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento incluye una posible retirada del implante, antibióticos o cirugía adicional. Es extremadamente raro que pueda ocurrir una infección alrededor de una prótesis a partir de una infección bacteriana en otra parte del cuerpo.

- Contractura capsular. El tejido cicatricial que se forma internamente alrededor del implante puede contraerse y hacer que la prótesis se haga redonda, firme y posiblemente dolorosa. La dureza excesiva de los glúteos puede ocurrir al poco tiempo de la cirugía o al cabo de años. En glúteos es inferior al 1% dada la naturaleza cohesiva de los implantes. Puede esperarse que la incidencia de la contractura capsular sintomática aumente con el tiempo. La contractura capsular puede ocurrir en un lado, en los dos o en ninguno. El tratamiento para la contractura capsular puede requerir cirugía, cambio del implante o retirada del mismo.

- Cambios en la sensibilidad de la piel. Los glúteos están habitualmente doloridos después de la cirugía. No es raro que haya algún cambio en la sensibilidad inmediatamente después de la cirugía. Al cabo de varios meses, la mayoría de las pacientes tienen una sensibilidad normal.

- Dehiscencia o infección de herida. La incisión puede infectarse o abrirse espontáneamente. En estos casos se siguen curas tópicas hasta que cierre y a largo plazo puede ser necesaria una cirugía adicional para corregir la cicatriz.

- Cicatriz cutánea. La cicatrización excesiva es infrecuente. La cicatrización es un proceso individual sobre el que no tenemos control. 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. Esta intervención puede devengar gastos adicionales en cuanto a honorarios médicos y/o material y/o gastos de quirófano y hospital.

- Implantes. Los implantes de glúteos, al igual que otros dispositivos médicos, pueden fallar. Pueden romperse o tener escapes. Es posible que se pueda dañar el implante en el momento de la cirugía. Una prótesis dañada o rota no puede ser reparada; los implantes rotos requieren cambio o retirada. Las prótesis no tienen una vida ilimitada y eventualmente requerirán cirugía de recambio.

- Desplazamiento de implantes. Requiere una reintervención para tratar de recolocarlos. En algunas raras situaciones puede ser necesaria su extracción y esperar unos meses antes de volver a implantarlos.

- Degradación de los implantes de glúteos. Es posible que pequeños fragmentos del material del implante puedan separarse de la superficie del mismo. No se conoce la significación de este hecho.
- Extrusión del implante: La falta de adecuada cobertura tisular o una infección puede dar como resultado la exposición y extrusión del implante. Si ocurre rotura del tejido y la prótesis se expone, es necesaria su retirada.
- Contaminación de la superficie del implante. Sustancias como grasa cutánea, fibras de los paños quirúrgicos o talco pueden depositarse en la superficie del implante en el momento de la colocación. Las consecuencias de este hecho no se conocen.
- Actividades y ocupaciones poco frecuentes. Las actividades y ocupaciones que implican un riesgo de traumatismo de glúteos potencialmente podrían romper o dañar los implantes.
- Compresión del nervio ciático. Aunque infrecuente, es posible que ocurra una ciatalgia tras la operación por compresión del nervio ciático. Normalmente es transitoria, pero, si no se resuelve, puede requerir cirugía adicional.
- 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 durante la cirugía o después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- Trombosis venosa profunda (TPV). Puede ocurrir una flebitis o trombosis de las venas profundas de la pierna tras un procedimiento quirúrgico. Aunque se evalúa el riesgo y se toman las medidas oportunas (medias presión, heparina bajo peso molecular), la TVP se puede producir, si bien su incidencia es muy rara. No debe hacer viajes largos 48 horas antes y después de la cirugía. Es muy importante la deambulación precoz y evitar la inmovilización prolongada.
- Complicaciones pulmonares. Pueden ocurrir complicaciones pulmonares secundarias a coágulos de sangre (embolia pulmonar) o colapso parcial de los pulmones tras una anestesia general. Si ocurriera alguna de estas complicaciones, usted puede requerir hospitalización y tratamiento adicional. La embolia pulmonar puede tener riesgo de muerte o ser fatal en algunas circunstancias.
- Anestesia. Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte por cualquier tipo de anestesia o sedación quirúrgica. Información más detallada le será facilitada por el propio equipo de anestesiólogos, que asimismo recabarán el correspondiente consentimiento escrito.
- Otros. Usted puede no estar satisfecha con los resultados de la cirugía. Puede ocurrir asimetría en el emplazamiento de las prótesis, forma o tamaño de los glúteos. Puede darse desplazamiento insatisfactorio o mala calidad de las cicatrices. Podría necesitarse realizar cirugía adicional para mejorar estos resultados.
- Retirada o cambio de los implantes. Una futura retirada o reemplazamiento de las prótesis y de la cápsula cicatricial circundante implica un procedimiento quirúrgico con riesgos y complicaciones potenciales.

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO**

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinar para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....  
.....  
.....

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

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 propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes 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.

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

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre: .....

D.N.I.: .....

En calidad de ....., autorizo la realización del procedimiento mencionado.

*Firma del representante legal o del paciente,*

*Firma del médico,*

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

### **DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo: .....

*Firma del paciente,*

*Firma de testigo,*

*Firma del médico,*

### **IMÁGENES EXPLICATIVAS**

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).