
**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
PARA RETIRADA DE IMPLANTES MAMARIOS CON/SIN
RECAMBIO DE IMPLANTES, CON/SIN CAPSULECTOMÍA**

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.

HOSPITAL
Dr/Dra.....

IDENTIFICACIÓN PACIENTE
(etiqueta paciente)

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RETIRADA DE IMPLANTES MAMARIOS CON/SIN RECAMBIO DE IMPLANTES, CON/SIN CAPSULECTOMÍA

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.

INFORMACIÓN GENERAL

La retirada de implantes mamarios que han sido colocados por motivos estéticos o reconstructivos puede realizarse como procedimiento aislado o en combinación con otras técnicas, como la extirpación del tejido cicatricial que rodea la prótesis, la biopsia mamaria, la extracción de gel de silicona fugado del implante, el aumento mamario secundario y la elevación mamaria (mastopexia).

Las situaciones que pueden indicar una retirada de implantes mamarios son:

- Contractura capsular Baker III/IV.
- Infección de implante.
- Hematoma o seroma periprotésico.
- Roturas, desplazamientos y deformidades de implantes.
- Deseo de la paciente de retirada de implantes.

Los implantes que están dañados o rotos no pueden repararse, por lo que se recomienda su retirada o reemplazamiento. Existen opciones en cuanto al tipo de anestesia, general o local, para la retirada de la prótesis mamaria. Existe la posibilidad tanto de riesgos como de complicaciones asociadas a esta intervención.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Las formas alternativas de tratamiento consisten en no llevar a cabo la retirada del implante o procedimientos adicionales, asumiendo los riesgos de ruptura de las prótesis y la posible migración del gel de silicona.

RIESGOS

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los asociados a la cirugía para la retirada de implantes mamarios. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de las mujeres no experimentan las complicaciones siguientes, usted debería comentar cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de

que comprende los riesgos, las complicaciones potenciales y las consecuencias de la retirada de implantes.

- 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 urgencia 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. Es infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.

- Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel. Las mamas estarán doloridas tras la cirugía y puede experimentar cambio en la sensibilidad de los pezones. Esta situación se resuelve habitualmente en 3 o 4 semanas. Es raro que disminuya la sensibilidad, pero es más fácil que se produzca una disminución o pérdida de la sensibilidad del pezón si se necesita una disección quirúrgica extensa para extirpar tejido cicatricial o gel de silicona liberado de un implante roto.

- Cicatriz cutánea. Aunque es de esperar una buena cicatrización después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. La cicatrización excesiva es infrecuente. Pueden necesitarse tratamientos adicionales, incluyendo cirugía, para tratar la cicatrización anormal.

- Dureza. Puede darse una excesiva firmeza de las mamas después de la cirugía a consecuencia de una cicatrización interna. La ocurrencia de este hecho no es predecible.

- Seroma. Puede acumularse fluido tisular en el espacio donde se localizaba el implante mamario. Puede necesitarse tratamiento adicional o cirugía para evacuar este líquido.

- Implantes. Al igual que cualquier objeto fabricado por el hombre e implantado en el cuerpo humano, una prótesis mamaria puede fallar. Es posible que un implante se rompa, causando la salida del gel de silicona. Los implantes pueden romperse también durante el proceso de retirada. Si ocurre una ruptura de la prótesis, puede no ser posible la extracción completa de todo el gel de silicona que ha escapado. El material de la cubierta de una prótesis mamaria rugosa puede ser imposible de retirar completamente. Puede existir una calcificación alrededor de los implantes que requiera la extirpación del tejido cicatricial que rodea las prótesis. Puede no ser posible extraer completamente el tejido cicatricial formado alrededor de una prótesis o del gel de silicona.

- Mamografía. Es importante continuar realizando mamografías con regularidad y practicar un autoexamen mamario periódico. Si descubre un nódulo mamario tanto por mamografía como por autoexamen, debe consultar con su médico.

- Cambios psicológicos y de aspecto. Es posible que, tras la retirada de los implantes mamarios, usted experimente un fuerte efecto negativo en su aspecto físico, incluyendo una disminución significativa del volumen mamario, distorsión y pliegues en la piel. Su aspecto puede ser peor que el previo a la cirugía de colocación de las prótesis. Existe la posibilidad de alteraciones psicológicas severas, incluyendo depresión. Es posible que usted o su pareja pierda interés en las relaciones sexuales.

- Otros. Puede ocurrir asimetría mamaria después de la cirugía. Usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para mejorar la forma de las

mamas después de la retirada de los implantes. La cicatrización resultante de la retirada de las prótesis puede complicar una futura cirugía mamaria.

- Alteraciones de la salud supuestamente causadas por los implantes mamarios. Actualmente no existe evidencia suficiente para establecer que la retirada del/los implante/s y la/s cápsula/s pueda prevenir o alterar el curso de enfermedades autoinmunes o de otro tipo supuestamente causadas por los implantes mamarios.

- Reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistemáticas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante la cirugía o prescritas posteriormente. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

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.).