

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION IMPLANTES PIP.

Dr. Francisco Zuñiga German

Santiago, /..... /

1. Yo,por la presente autorizo al Dr. Francisco Zuñiga German y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como *extracción de implantes mamarios marca PIP (Poly Implant Prothesis)* que se realizará el día /..... /....., en
2. La intervención enunciada en el punto 1° me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de la intervención mencionada. He sido convenientemente informada que la Oficina de Salud Francesa ha recomendado recientemente el retiro de todos los implantes marca PIP que se encuentren colocados, independientemente de que los mismos se mantengan indemnes. Por tal motivo ha ofrecido a todas las pacientes que han sido operadas en el mismo, el retiro de los implantes sin cargo alguno para las pacientes. Manifiesto mi voluntad SI/NO (tachar lo que no corresponda) de efectuar el recambio de los implantes por otro de otra marca a mi elección el cual será adquirido por mi y colocado sin cargo alguno en el mismo acto quirúrgico. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Para el caso que la paciente decida recambiar el implante. Luego de haber intercambiado información con el cirujano y de haber analizado las distintas marcas de implantes autorizados a la fecha, he decidido la colocación de implantes Marca: (detallar), Modelo: (detallar), Perfil: de centímetros cúbicos de volumen.
4. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - ✓ A) No hay hasta este momento evidencia alguna que permita vincular el origen o desarrollo del carcinoma mamario con la presencia de implante de siliconas. Es admitido que las prótesis mamarias pueden dificultar el diagnóstico mamográfico de las lesiones malignas pre-clínicas o incipientes (microcalcificaciones, distorsiones); existiendo así la posibilidad de retardo en el diagnóstico de carcinoma mamario si no se utilizan las modernas técnicas de detección. Se aconseja por ello maximizar el examen clínico y utilizar la mejor tecnología mamográfica disponible. No existe por otra parte contraindicación en utilizar implantes de silicona en procedimientos de reconstrucción mamaria post-mastectomía por cáncer. La existencia de un implante mamario no dificulta el tratamiento en éstos casos.
 - ✓ B) Las últimas conclusiones publicadas por la FDA descartan la responsabilidad de los implantes mamarios de silicona en el origen y/o desarrollo de enfermedades inmunológicas o reumáticas (esclerodermia, artritis reumatoidea, lupus o colagenopatías), y por ello se ha levantado la prohibición de venta de dichos implantes en los Estados Unidos. En tal sentido manifiesto que, además de los exámenes pre-operatorios que me fueron requeridos, desconozco padecer o registrar antecedentes familiares de dichas enfermedades.-----
 - ✓ C) Se me ha informado que ante la comprobación de la ruptura del implante el mismo debe ser extirpado incluyendo la cápsula fibrosa que lo rodea pudiendo recambiarse o no la prótesis en el mismo acto quirúrgico según sea el caso.
 - ✓ D) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
 - ✓ E) Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de Cirugía Plástica y/o Estética son similares a las de cualquier otro tipo de operación, y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, etc.; así como las complicaciones propias de la anestesia. Todas estas complicaciones pueden ocurrir aunque se tomen todos los recaudos recomendados para evitarlas
 - ✓ F) Además de los riesgos quirúrgicos generales, el implante de prótesis mamaria puede provocar las siguientes complicaciones: Contracción de la cápsula fibrosa, que es un tejido cicatrizal que se forma habitualmente alrededor del implante, pudiendo apretarlo, comprimirlo y modificar su forma y consistencia. Esto puede causar endurecimiento, dolor, y en casos severos puede observarse alguna deformación externa de la glándula mamaria. La formación de la cápsula en sí no constituye una complicación sino que se trata de una reacción normal de autodefensa del organismo. También pueden formarse arrugas o pliegues en la superficie del implante perceptibles a nivel cutáneo y producir irritación de los tejidos vecinos. Este tipo de situaciones puede dar como resultado una disminución del volumen del implante y/o hacer recomendable su extracción.
 - ✓ G) Numerosa bibliografía informa que el hábito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados de operaciones de cirugía cosmética, pudiendo producir alteraciones de la normal cicatrización y de la vitalidad de los tejidos movilizados. Por lo expuesto, se me ha recomendado, para el caso de ser fumadora, el no hacerlo durante los treinta días anteriores y treinta posteriores a la fecha de la operación.

5. Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anatomo patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto 4° se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
6. Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por el cirujano o por anestelistas por él seleccionados y a usar dichas anestesisas como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.
7. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.
6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del Cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales, a condición que mi identidad no sea revelada.
7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me será otorgada aproximadamente a los 30 días del acto quirúrgico, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:
.....
9. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

.....
Firma del paciente y nº documento

.....
Aclaración

SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD COMPLETAR:

El paciente es un menor de años de edad y yo/nosotros el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es o encargado/s del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

.....
Firma del Fliar./Tutor/Encargado

.....
Aclaración

.....
Documento

.....
Parentesco