

## Consentimiento informado recambio de prótesis mamaria

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*), .....

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

### ¿Qué le vamos hacer?

#### 1. Descripción del procedimiento

**En que consiste:** Explantación de una prótesis que posteriormente se desecha y la sustitución por un implante mamario nuevo.

**Cómo se realiza:** Con anestesia general, habitualmente. La retirada de la prótesis se suele realizar a través de una incisión cuyo tamaño puede variar en función del tamaño de la prótesis y de los procedimientos adicionales que se vayan a realizar en dicha intervención.

Es probable que sea necesario realizar procedimientos adicionales para adaptar el bolsillo protésico al nuevo implante como por ejemplo: tratamiento de la capsula periprotésica, cambios de posición del surco, medicalización del bolsillo, etc. Dichos procedimientos se individualizarán en cada caso.

**Cuánto dura:** de 1 a 2 horas.

**2. Qué objetivos persigue:** sustituir el implante por uno nuevo que se adapte mejor a las circunstancias de la paciente.

**3. Cuando se realiza:** Las causas pueden ser múltiples siendo las más frecuentes: rotura, contractura capsular, modificación de la prótesis tras radioterapia, desplazamiento, simetrización y envejecimiento del implante.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos y complicaciones.

- Reacciones alérgicas locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos.
- Cambios en la sensibilidad y/o forma de la piel y el pezón.
- Alteraciones en la cicatrización.
- Arrugas y pliegues en la piel.
- Alteraciones en la forma de la mama con asimetría.
- Seromas.
- Contractura capsular.
- Rotación de la prótesis o desplazamiento.
- Dificultad para la lactancia.
- Intolerancia a las suturas.
- Necrosis cutánea.
- Hemorragia.
- Infección.
- Reacciones sistémicas frente a la medicación usada durante o después de la cirugía.
- Calcificaciones: pueden ocasionar dolor o aumento de la consistencia.
- Las generales de cualquier intervención quirúrgica (atelectasia, embolismo pulmonar, embolia grasa entre otras.

Podría necesitarse realizar cirugía adicional para mejorar estos resultados.

**2. Riesgos personalizados:**

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

**¿Qué otras alternativas hay?**

No hacer nada. Retirar prótesis sin implantar una nueva.

**Declaraciones y firmas**

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_