

**Consentimiento Informado para el Procedimiento:
Implante de Expansor Tisular**

Introducción:

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudar a los cirujanos plásticos a *informar sobre el tratamiento quirúrgico de implante de expansor tisular*, sus riesgos y los tratamientos alternativos, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención. Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, firme en cada página, indicando así que ha sido leída.

Finalidad del Procedimiento:

Los expansores son reservorios de un material inerte expandible mediante llenado de un fluido inocuo (suero salino) que se implanta debajo de los tejidos y así expandirlos para la obtención de un objetivo que puede ser restaurador (reconstrucción mamaria), o bien para cobertura de: tumores, angiomas, alopecias y cicatrices retráctiles, por cierre primario. Los modelos son varios, según la cirugía y tratamientos previamente realizados que determinan la cantidad y calidad de los tejidos en la zona. Su cirujano le indicará el más idóneo en su caso.

Riesgos típicos de la Intervención de Implante de Expansor Tisular:

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la intervención de expansión tisular. La decisión de someter al paciente a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del beneficio frente a la lesión existente. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, Ud. debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles del proceso. Por el hecho de llevar un expansor, debe usted conocer que **se origina una deformidad a medida que se va rellenando. Quizá deberá realizar visitas repetidas a la consulta para realizar sucesivas punciones de llenado y será tal vez necesaria una segunda o más intervenciones quirúrgicas para retirar el expansor y remodelar.**

Firma Paciente.....Consentimiento Informado para Implante de Expansor Tisular

Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre, podría requerir tratamiento para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina ni medicamentos antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que ello podría aumentar el riesgo de sangrado.

Seroma: Es relativamente frecuente, según el tipo de cirugía realizada. Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.

Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurre, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.

Dehiscencia de la herida: Por tensión de los bordes de la herida, necrosis o infección, puede darse una dehiscencia, que requeriría para su solución una nueva intervención.

Necrosis de los colgajos: Los tejidos utilizados para remodelar la anatomía del defecto, pueden necrosarse por falta de riego o infección, requiriendo nuevas intervenciones.

Extrusión: con **exposición** de la prótesis.

Punción: accidental y **rotura** del expansor (que obliga a retirarlo).

Ulceraciones: por pliegues del expansor.

Arrugas: de su membrana externa (antiestético).

Adelgazamiento de la dermis: y del tejido celular subcutáneo (en relación al grado de expansión).

Atrofia muscular: (en los implantes submusculares), disminución de la velocidad de **conducción nerviosa**.

Cápsula: (Formación conjuntiva que rodea al implante, que es, en definitiva, un cuerpo extraño).

Reacciones alérgicas: al implante que pueden requerir tratamiento adicional.

Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de atrapamiento de nervios en tejido cicatricial después de la intervención.

Firma Paciente.....Consentimiento Informado para Implante de Expansor Tisular

Cicatrización cutánea: Quedarán cicatrices en la zona operada. En casos raros pueden producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas, retráctiles o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.

Efectos a largo plazo: Los resultados en algunos casos son pobres, por asimetrías por ejemplo, requiriendo procedimientos secundarios.

Anestesia: Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones, e incluso muerte, por cualquiera de las formas de anestesia o sedación.

Sensibilidad y función: Existirá un déficit de sensibilidad en la mama reconstruida que no será funcionante en relación con la lactancia.

Necesidad de Cirugía Adicional:

Siempre es una cirugía de dos tiempos quirúrgicos. En el apartado anterior hemos visto con cierto detenimiento todas las situaciones en las que será necesario nuevas intervenciones quirúrgicas.

Tratamiento Alternativo:

Es un procedimiento técnico que se suele elegir cuando existe un déficit cutáneo para realizar una cobertura, y no sea posible efectuarla por otros procedimientos más sencillos. La reconstrucción por partes o la utilización de colgajos complejos, serían tratamientos alternativos a esta técnica.

Firma Paciente.....Consentimiento Informado para Implante de Expansor Tisular

Selección del Paciente: Los individuos con tono pobre de la piel, problemas médicos, obesidad, o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para una Intervención de este tipo.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

Renuncia:

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los/as pacientes en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Los cirujanos plásticos pueden proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

Firma Paciente.....Consentimiento Informado para Implante de Expansor Tisular

Consentimiento para Cirugía / Procedimiento / Tratamiento

1- Por la presente autorizo al/los cirujanos y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Implante de Expansor Tisular.

2- He leído, comprendido y firmado las páginas del "Consentimiento Informado para Implante de Expansor Tisular".

3- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

4- Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado 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.

5- Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

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

7- Doy el consentimiento para el fotografiado y/o filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

8- Me ha sido explicado de forma comprensible:

A) El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.

B) Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.

C) Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

9- Localización de las cicatrices.

Firma Paciente.....Consentimiento Informado para Implante de Expansor Tisular

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-9), excepto el punto número: ____ SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MÁS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

Paciente o persona autorizada:

Nombre, apellidos y firma

Fecha: _____

Testigo: _____

Nombre, apellidos y firma

Normas de Ingreso Quirúrgico

Las siguientes indicaciones son muy importantes para su tratamiento; lea completamente la hoja

Antes de la Intervención:

En los días previos a la intervención:

- 1- Recuerde NO TOMAR ningún medicamento, sin consultar a su cirujano, incluidos los utilizados para dolores o catarrros y los que lleven ASPIRINA.
- 2-Notifiquenos cualquier cambio de salud (resfriados, infecciones).
- 3-Adviértanos si toma o ha tomado alguna medicación para regular la presión arterial o la coagulación de la sangre, para el corazón, para tratar la diabetes, reuma, nervios, depresión, enfermedades mentales o cualquier infusión o "hierbas", complejos vitamínicos o drogas.
- 4-NO DEBERÍA FUMAR durante las dos semanas previas a la intervención y las dos semanas posteriores, como mínimo.

El Día Anterior al Ingreso:

- 1-Coma alimentos ligeros y evite bebidas alcohólicas.
- 2-Extremar la higiene (baño completo y esmerado) contribuye a prevenir las infecciones postoperatorias.
- 3- No tome nada por boca, ni líquidos (Ayuno Total) desde 8 horas antes de la intervención.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

El Día del Ingreso:

Debe dirigirse a Admisión (Ingresos) situado en..... el día:
.....a las.....horas.

1- Con ropa funcional.

2-En su habitación: Deberá vestirse con la prenda de Block quirúrgico que le facilitarán, sin ropa interior y deberá quitarse todos los objetos metálicos (Reloj, anillos, pendientes, pulseras, piercing, etc.), así como las piezas dentales móviles.

3- Deberá retirarse el maquillaje o esmalte de uñas.

Durante la Internación:

Normas Postoperatorias:

1- Después de la intervención usted tendrá la boca un poco seca, pueden humedecerse los labios, pero no puede beber agua hasta pasadas unas horas. Consulte con las enfermeras cualquier duda que pueda tener.

2- Es obligatoria la presencia de un/a acompañante durante todo el período de ingreso postoperatorio hasta el alta.

3- Puede levantarse tan pronto como se lo permita, PERO CON AYUDA. No intente levantarse si se encuentra solo/a en la habitación, ya que podría sufrir un desvanecimiento.

4-No es extraño tener temperatura axilar hasta 38°C, si aumenta debe ser comunicado.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

Cuidados Postoperatorios:

1-Antes de ser dado de alta, se le indicará el tratamiento que debe seguir en su domicilio y el día que debe acudir a la consulta, para efectuar los controles necesarios (llamar para confirmar la hora).

2-Puede ducharse a partir del segundo día, evitando friccionarse en las áreas intervenidas y al finalizar, deberá secarse con secador frío sobre las incisiones para mantenerlas secas.

3- Deben de ser evitados los esfuerzos y las actividades deportivas por un período de tres a seis semanas aproximadamente.

4- En ningún caso deberá tomar sol o los rayos UVA sobre las incisiones.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

Dr. Boris Segal