

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTES**

### **INSTRUCCIONES**

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la gluteoplastia de aumento, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica publicada en el BOE del 15-11-02 - nº 274, aptdo. 2 del artículo 8, que dice: "El consentimiento se prestará por escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores...."

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

### **INFORMACION GENERAL**

La gluteoplastia de aumento es una operación quirúrgica destinada a aumentar el tamaño de las nalgas, por una serie de motivos:

- \* Para mejorar el contorno corporal de la mujer, la cual por razones personales considera demasiado pequeño el tamaño de sus nalgas.
- \* Para corregir una pérdida en el volumen glúteo después de un adelgazamiento.
- \* Como técnica reconstructiva en determinadas situaciones.

El aumento de las nalgas se consigue implantando una prótesis ya sea detrás del músculo, de la fascia muscular o intramuscularmente. Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo más invisibles que sea posible, habitualmente en el surco interglúteo. El método de implantación y la posición de la prótesis dependerá de sus preferencias, su anatomía y la recomendación de su cirujano.

### **TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

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

## **RIESGOS DE LA CIRUGIA DE AUMENTO GLÚTEO**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la gluteoplastia de aumento con prótesis o implantes.

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 glúteo.

**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 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.

**Seroma:** Son infrecuentes los acúmulos de líquido inflamatorio entre la piel y los planos subyacentes. A veces se desarrollan de forma tardía. Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.

**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 las nalgas puede ocurrir al poco tiempo de la cirugía o al cabo de años. Aunque no se puede predecir si ocurrirá una contractura capsular sintomática, generalmente se da en menos del 20% de los pacientes.

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.

**Cicatriz cutánea:** La cicatrización excesiva es infrecuente. 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.

**Implantes:** Los implantes 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.

**Degradación de los implantes 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. Se han visto casos de rotura de la piel con el uso de medicación esteroidea o tras radioterapia de tejidos en vecindad. Si ocurre rotura del tejido y la prótesis se expone, es necesaria su retirada.

**Arrugas y pliegues en la piel:** Pueden existir pliegues en el implante visibles y palpables. Esto puede ser más pronunciado en pacientes con excesiva delgadez de sus tejidos.

**Enfermedades del sistema inmunitario y alteraciones desconocidas:** Algunos pacientes portadores de implantes glúteos han referido síntomas similares a los de enfermedades conocidas del sistema inmunitario, tales como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, esclerodermia y otras condiciones artríticas. Estos síntomas incluyen dolor o inflamación articular, fiebre, fatiga, problemas tiroideos y dolores musculoesqueléticos. Se ha publicado en la literatura médica una relación entre la silicona de los implantes y alteraciones del tejido conectivo. Hasta la fecha no hay evidencia científica de que los pacientes portadores de prótesis de gel de silicona tengan mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades, pero la posibilidad no puede ser excluida. Si se estableciera una relación causal, el riesgo teórico de enfermedad inmune o desconocida sería bajo. Los efectos de los implantes glúteos en individuos con alteraciones preexistentes del tejido conectivo es desconocido.

No existen pruebas de laboratorio fiables para determinar anticuerpos para la silicona. No se ha probado que exista relación entre anticuerpos para la silicona y enfermedad en pacientes con prótesis. De momento, no hay datos suficientes para establecer que sea beneficioso para la salud la retirada de los implantes y su cápsula cicatricial, alterando la enfermedad autoinmune o previniendo su potencial desarrollo.

En muy pocos pacientes portadores de implantes glúteos se han descrito variedad de otros síntomas, sugestivos de un síndrome tipo autoinmune-esclerosis múltiple. Otras quejas se relacionan con el sistema musculoesquelético, piel, sistema nervioso y sistema inmune. La relación de los implantes con estas situaciones es hipotética, aunque no probada científicamente. Puesto que estos estados de enfermedad son raros, son difíciles de investigar.

**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 del área implantada, potencialmente podrían romper, voltear o dañar los implantes del área implantada.

**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.

**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 anestesistas, que así mismo, 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 las nalgas. Puede darse desplazamiento insatisfactorio, volteamiento 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.

## **SEGURO DE SALUD**

La mayoría de las compañías de seguros sanitarios excluyen la cobertura de operaciones de cirugía estética, como la gluteoplastia de aumento, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de la cirugía. Por favor, revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro sanitario.

## **NECESIDAD DE CIRUGIA ADICIONAL**

Si ocurren complicaciones puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la gluteoplastia de aumento. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

## **RESPONSABILIDADES ECONOMICAS**

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de los implantes y material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

## **RENUNCIA**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación 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 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. Su cirujano plástico puede 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, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

1. Por la presente autorizo al Dr. Jesús Gaviño Rodríguez y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Gluteoplástia de Aumento.

He recibido el siguiente folleto informativo: Gluteoplástia de Aumento.

Consentimiento informado para Gluteoplástia de Aumento.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los 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 situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

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

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

7. Asimismo doy el consentimiento para la cesión de mis datos personales a la casa comercial proveedora de los implantes de glúteos a los efectos únicos y exclusivos de la emisión de la correspondiente factura y garantías.

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.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D. ...., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

Asimismo, designo como representante mío a D. .... y a D. .... para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.

Acepto expresamente la sumisión a la competencia de los Juzgados y Tribunales de El Puerto de Santa María para la solución de cualquier litigio que traiga causa de la intervención quirúrgica o asistencia médica del Dr. Jesús Gaviño Rodríguez.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En ..... a ..... de ..... de 20....

**Firma del Paciente  
(o representante legal)**

**Firma del Cirujano Plástico**

Fdo.: D./D<sup>a</sup>. .....  
(nombre y apellidos)

Fdo.: Dr./Dra. .....  
(nombre y apellidos)

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

## **RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ella puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

## **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_ .

EL/ LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.: