

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO	CODIGO	ASG-03-F16
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	19/06/2024
		1 de 6	

Este documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudarle a su cirujano plástico a informarle sobre la Mamoplastia de Aumento, sus riesgos y sus 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 leído la página, y firme al final si está usted de acuerdo, el consentimiento para la cirugía propuesta por el Dr. Luis Yesid Martínez Laguna. Médico tratante.

I. INFORMACION GENERAL

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

- Para mejorar el contorno corporal de la mujer, la cual por razones personales considera demasiado pequeño el tamaño de su pecho.
- Para corregir el volumen mamario después de un embarazo.
- Para equilibrar el tamaño de las mamas, cuando existe una diferencia significativa entre ellas.
- Como técnica reconstructiva en determinadas situaciones.

La forma y el tamaño de las mamas previas a la cirugía pueden influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final. Si las mamas no tienen el mismo tamaño o forma antes de la cirugía, es poco probable que sean completamente simétricas después. Existen varios tipos de implantes: Rellenos de gel de silicona, rellenos de suero fisiológico, de superficie lisa, texturada, de forma redonda o anatómica, etc.; deberá discutir con su cirujano plástico el más adecuado para cada caso individual. El aumento de la mama se consigue implantando una prótesis ya sea detrás del tejido mamario o debajo de los músculos torácicos. Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo más invisibles que sea posible, habitualmente alrededor de la parte inferior de la areola o por debajo de la mama, o en la axila o en "T" si se requiere reseca piel. El método de implantación y la posición de la prótesis dependerán de sus preferencias, su anatomía y la recomendación de su cirujano.

II. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

La mamoplastia de aumento es una operación quirúrgica electiva. La alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención, el uso de una prótesis mamaria externa o relleno, o la transferencia de otros tejidos corporales para aumentar el tamaño mamario.

III. RIESGOS DE LA CIRUGIA DE AUMENTO MAMARIO

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la mamoplastia de aumento. 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 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 mamario.

Hemorragia: es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante y después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina, omega, Ginkgo Biloba, vitamina E, Herbalife y similares desde 7 días antes de la cirugía, puesto que ello podría aumentar el riesgo de sangrado.

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.

Firma del paciente o Representante _____ *consentimiento informado*

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO	CODIGO	ASG-03-F16
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	19/06/2024
		2 de 6	

Contractura capsular: El tejido cicatrizal 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 mamas puede ocurrir al poco tiempo de la cirugía o al cabo de años. Puede esperarse que la incidencia de la contractura 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.

Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel: Las mamas están habitualmente doloridas después de la cirugía. No es raro que haya algún cambio en la sensibilidad del pezón inmediatamente después de la cirugía. Al cabo de varios meses la mayoría de las pacientes tienen una sensibilidad normal, pero en algunos casos puede persistir alteración

Cicatriz cutánea: En los lugares de las incisiones quedara una cicatriz, aun tomándose las precauciones necesarias para que se note lo menos posible. Cada persona cicatriza de manera distinta, en distinto periodo de tiempo, con un proceso de maduración de la cicatriz de a veces, más de un año. Las cicatrices pueden, además, ensancharse, o en algunos casos, crecer exageradamente, o por el contrario, llegar a casi desaparecer, dependiendo todo esto de la particular naturaleza de cada persona

Implantes: los implantes mamarios, al igual que otros dispositivos médicos pueden fallar. Pueden romperse o tener escapes. Cuando una prótesis de suero se vacía, el relleno de agua salada se absorbe por el organismo. La rotura puede ocurrir como resultado de una herida, durante una mamografía, o sin causa aparente. Las prótesis no tienen una vida limitada y eventualmente requerirán cirugía de cambio aproximadamente a los 10 años.

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 del tejido mamario. Si ocurre rotura del tejido y la prótesis se expone, es necesaria su retirada.

Mamografía: Si usted tiene alrededor de 35 años de edad, es recomendable realizar una mamografía preoperatoria. Los implantes mamarios pueden hacer la mamografía más difícil de realizar. Puede ocurrir rotura del implante a causa de la compresión de la mama durante la mamografía. Usted debe informar al radiólogo de la presencia de la prótesis mamaria, para que puedan realizarse los estudios mamograficos adecuado. La ecografía, mamografía especializada y la resonancia magnética pueden ser apropiadas para evaluar nódulos mamarios y el estado de los implantes.

Arrugas y pliegues en la piel: pueden existir pliegues en el implante visibles y palpables. Es normal y de esperar que haya alguna arruga. Esto puede ser mas pronunciado en pacientes con implantes de suero o tejido mamario delgado.

Embarazo y Lactancia: No existe evidencia suficiente en cuanto a la suficiente seguridad de los implantes mamarios respecto a la fertilidad, embarazo o lactancia. Aunque no hay evidencia convincente de ningún peligro especial de los implantes para la mujer embarazada o su hijo, continúan los estudios para buscar posibles problemas.

Calcificación: puede formarse depósitos de calcio en el tejido que rodea la prótesis, lo que puede causar dolor, aumento de la consistencia, y pueden ser visibles en la mamografía. Si esto ocurre puede ser necesaria cirugía adicional para corregir el problema.

Retraso de la cicatrización o Necrosis de Tejido: Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no curar normalmente y tratar un tiempo largo en cicatrizar. Es incluso posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón (Necrosis de tejidos), lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado (Desbridamientos e injertos).

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO	CODIGO	ASG-03-F16
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	19/06/2024
		3 de 6	

Actividades y ocupaciones poco frecuentes: Las actividades y ocupaciones que implican un riesgo de traumatismo mamario, potencialmente podrían romper o dañar los implantes mamarios.

Reacciones alérgicas: En casos raros se han descrito alergia local 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.

Cáncer en la mama: La literatura actual no demuestra un incremento en el riesgo de la enfermedad mamaria o cáncer de mama en mujeres portadoras de prótesis mamarias por motivo estético y reconstructivo. La enfermedad mamaria puede aparecer independientemente de la presencia de prótesis. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen autoexamen periódicamente, se sometan a mamografía de acuerdo con las pautas habituales y consulten a su médico si descubren un bulto en la mama. Actualmente se ha identificado un tumor de células gigantes o anaplásico asociado a la capsula que se forma alrededor de las prótesis por lo que se recomienda estar en controles periódicos para identificarlo caso s epresente

Anestesia: Tanto la anestesia general como la local implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones o incluso muerte, por cualquier tipo de anestesia o sedacion quirúrgica.

IV. SEGUROS DE SALUD

La mayoría de las EPS excluyen la cobertura de operaciones de cirugía plastia estética, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de ellas. Hay compañías de Seguros que ofrece la Póliza de gastos médicos por complicaciones quirúrgicas derivadas de la cirugía Plástica y tratamientos estéticos, por lo que se le sugiere adquirir la Póliza a través de nosotros. Acepta adquirirla _____.

V. NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL

Existen diversidad de condiciones variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la cirugía Mamoplastia de Aumento. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están asociados con la Mamoplastia 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. Infrecuentemente se necesita cirugía adicional para mejorar los resultados que pueden obtenerse

VI. RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS

El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, del anesthesiólogo, los costos del material quirúrgico y de anestesia, cargos de la clínica con recuperación tardía hasta 24 horas si es necesaria según criterio médico. Los cargos por cirugías secundarias o complicaciones serán asumidos en su totalidad por la paciente o la póliza si la adquirió.

VII. 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 cubrirá 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 del médico.

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO	CODIGO	ASG-03-F16
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	19/06/2024
		4 de 6	

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Este será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y está sujeto a cambios puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

VIII. HALLAZGOS PARTICULARES

Hacen referencia a alguna característica o condición física que pueda variar o influir sobre la táctica quirúrgica a ser utilizada, como asimetrías, ausencia o presencia de elementos anatómicos, cicatrices previas, cirugías previas en el mismo sitio a ser operado, alteraciones de la piel, patologías de base, cicatriz final esperada, sobrepeso u obesidad y por ende condicionar el resultado final en el postoperatorio:

Me han sido explicados mis hallazgos particulares y firmo este documento con pleno conocimiento y en total concordancia con los mismos y con las variaciones que estos puedan condicionar sobre la táctica quirúrgica, su evolución y el aspecto final del (as) áreas operadas, según el planteamiento de mi médico tratante.

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

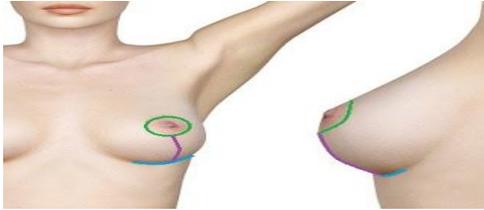
IX. CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

- 1) Por la presente Yo _____ mayor de edad con CC. _____ autorizo al Dr. Luis Yesid Martínez Laguna y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: MAMOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE _____ en la CLINICA ALEJANDRIA de Neiva, en mi o en mi representado _____
- 2) He leído comprendido y firmado las páginas del presente “consentimiento informado para Mamoplastia de Aumento con Implante”.
- 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 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 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 la muerte.
- 6) **COMPRENDO** que el fin de la intervención que he solicitado es **MEJORAR LA APARIENCIA**, existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda ser el no esperado por mí. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. **RECONOZCO QUE NO SE ME HA DADO EN ABSOLUTO TAL GARANTÍA.**

Firma del paciente o Representante _____ *consentimiento informado*

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO	CODIGO	ASG-03-F16
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	19/06/2024
		5 de 6	

- 7) Doy el consentimiento para ser fotografiado o la 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. También autorizo la grabación de la cita para firma de consentimientos.
- 8) Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.
- 9) LOCALIZACION DE CICATRICES



- Incisión peri areolar inferior o total (alrededor del pezón)
- Incisión submamaria (en el surco debajo de la mama)

X. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

Doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento a qui descrito, y para los puntos citados en el Numeral **IX**, excepto el punto numero_____

Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en libertad de expresar mi libre albedrío y por lo tanto **autorizo SI ___ NO ___** el procedimiento Mamoplastia de Aumento con Implantes.

Declaro que se me ha explicado con la debida antelación y de manera clara y entendible el tratamiento u operación a la cual me someteré, la localización de las cicatrices, los métodos alternos al tratamiento, las complicaciones y riesgos del procedimiento quirúrgico y me han preguntado si quiero una información más detallada, encontrándome satisfecho(a) con la explicación dada por el médico tratante y la contestación de las preguntas que he realizado.

Fecha: _____

 Firma del médico
 Nombre:
 Registro Medico No.

 Firma del paciente o representante Legal
 Nombre:
 No. De identidad

 Firma del testigo
 Nombre:
 No. De identidad:

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO	CODIGO	ASG-03-F16
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	19/06/2024
		6 de 6	

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO
“CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE AUMENTO”**

OBJETIVO: Brindar al usuario y su familia la información necesaria, acorde con su capacidad de entendimiento, para que de manera libre pueda tomar una decisión acerca de los diferentes procedimientos, garantizando los derechos del usuario.

ALCANCE: Debe ser explicado por el personal asistencial de la entidad y completamente diligenciado por el profesional encargado, paciente o representante legal del mismo.

Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:

Fecha: Registre el día, mes y año en que realiza el diligenciamiento del consentimiento informado.

Nombre: Registre el nombre completo del medico autorizado, paciente o representante legal y testigo en los correspondientes campos.

No. De identidad: Registre el número del documento de identidad de las partes según corresponda.

CONTROL DE CAMBIO					
VERSIÓN	DRESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA DE APROBACIÓN	ELABORO	REVISO	APROBO
1	Elaboración del documento: el presente documento se elabora con el fin de informar los riesgos, beneficios y demás circunstancias relevantes relacionadas con la situación de salud del paciente y con la intervención propuesta, para que, de acuerdo con su criterio y convicciones personales, decida libremente si se somete o no a la intervención o procedimiento sugerido.	2023/10/19	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Líder Calidad	LUIS YESID MARTINEZ Cargo: Coordinador Medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
2	Se realiza cambio de la razón social de INTERPLASTICA IPS a CLINICA ALEJANDRIA, sin modificación del NIT	01/09/2020	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Líder Calidad	LUIS YESID MARTINEZ Cargo: Coordinador Medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
3	Se incorpora el riesgo de Retraso de la cicatrización o Necrosis de Tejido y su debida explicación.	19/06/2024	Nombre: Luis Yesid Martínez Laguna Cargo: Coordinador Médico	Julio Eduardo Martinez Cargo: Asesor en calidad	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**