

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T	CODIGO	ASG-03-F17
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	06/06/2024
		1 de 7	

Este documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudarle a su cirujano plástico a informarle sobre la Mamoplastia de Reducción o Mastopexia en T, 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

Las mujeres que poseen unas mamas grandes pueden experimentar una serie de problemas derivados del peso y tamaño de las mamas, como dolor de espalda, cuello y hombros, e irritaciones cutáneas. La reducción mamaria se realiza habitualmente para mejorar estos síntomas más que para mejorar el aspecto de las mamas. Las mejores candidatas son las mujeres suficientemente maduras para comprender el procedimiento y tener expectativas realistas acerca del resultado. Existen varias técnicas quirúrgicas diferentes utilizadas para reducir y dar forma a las mamas. Existen tanto riesgos como complicaciones asociadas a la reducción mamaria.

II. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

La mamoplastia de reducción es una intervención quirúrgica electiva. El tratamiento alternativo podría consistir en no llevar a cabo la intervención, terapia física para tratar el dolor, o el uso de prendas interiores para sostener mamas grandes. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas quirúrgicas alternativas del tratamiento.

III. RIESGOS DE LA MAMOPLASTIA DE REDUCCION

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la Mamoplastia de Reducción o Mastopexia. La decisión del individuo de someterse a un procedimiento quirúrgico se basa a la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, usted debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse que comprende todas las complicaciones posibles de la Mamoplastia de Reducción o Mastopexia en T

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: Es muy infrecuente tras este tipo de intervención, si ocurre una infección, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.

Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel: Puede experimentar un cambio en la sensibilidad del pezón y la piel de las mamas, puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una mamoplastia de reducción en uno o ambos pezones.

Cicatrices cutáneas: Todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de esta cicatriz es impredecible. Pueden producir cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos pueden requerir revisión quirúrgica u otros tratamientos.

Resulta insatisfactorio: Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de reducción mamaria. Usted puede quedar insatisfecha con el tamaño y la forma de las mamas.

Firma del paciente o Representante _____ *consentimiento informado*

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T	CODIGO	ASG-03-F17
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	06/06/2024
		2 de 7	

Dolor: Una reducción mamaria puede no mejorar las quejas de dolor músculo-esquelético en el cuello, espalda y hombros. Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor.

Firmeza: Una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras la cirugía debido a cicatrización interna o necrosis de grasa. La ocurrencia de este hecho no es predecible. Si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

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).

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

Asimetría: Cierta grado de asimetría mamaria ocurre de manera natural en la mayoría de las mujeres, también pueden ocurrir diferencia en la forma de las mamas o del pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la reducción mamaria.

Enfermedad de la mama: La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de reducción mamaria. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen auto examen periódicamente, se someten a mamografía de acuerdo con las pautas de la sociedad americana de cáncer, y consulte a su médico si descubre un bulto en la mama.

Lactancia: Aunque algunas mujeres son capaces de dar lactancia después de una reducción mamaria, generalmente esto no es predecible. Si usted planea dar lactancia después de una reducción mamaria, es importante que lo discuta con su cirujano plástico antes de someterse a la mamoplastia de reducción.

Reacciones Alérgicas: En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de suturas o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas 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 forma de sedación quirúrgica.

IV. SEGUROS DE SALUD

La mayoría de las EPS excluyen la cobertura de operaciones de cirugía plástica 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 Reducción o Mastopexia en T. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están asociados con la Mamoplastia de Reducción o Mastopexia en T. 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

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T	CODIGO	ASG-03-F17
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	06/06/2024
		3 de 7	

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.

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 REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN

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

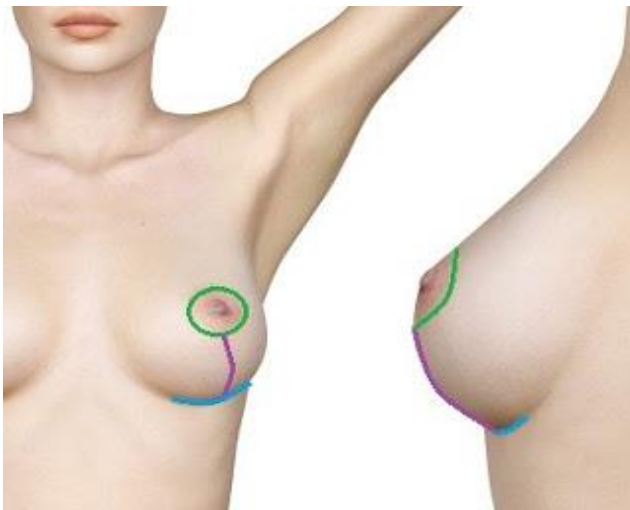


CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T

CODIGO	ASG-03-F17
VERSIÓN	3
VIGENCIA	06/06/2024
4 de 7	

T, en CLINICA ALEJANDRIA de Neiva, en mi o en mi representado

- 2) He leído comprendido y firmado las páginas del presente “consentimiento informado para cirugía de Mamoplastia de Reducción o Mastopexia en T”.
- 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.**
- 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:



- A. PERIAREOLAR TOTAL (alrededor de la areola)
- B. PERIAREOLAR Y VERTICAL (en forma de colombina)

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T	CODIGO	ASG-03-F17
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	06/06/2024
		5 de 7	

C. EN T INVERTIDA (en forma de ancla)

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 Reducción o Mastopexia en T

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 REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T	CODIGO	ASG-03-F17
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	06/06/2024
		6 de 7	

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO
 “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T”**

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	RESCRIPCIÓN 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	15/08/2019	Nombre: Luis Yesid Martínez Laguna Cargo: Coordinador Médico	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	Nombre: Luis Yesid Martínez Laguna Cargo: Coordinador Médico	LUIS YESID MARTINEZ Cargo: Coordinador Medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
3	Se realiza ajuste en el riesgo de Retraso de la cicatrización, quedando más explícito e incorporando la palabra Necrosis de Tejido y su debida explicación.	06/06/2024	Nombre: Luis Yesid Martínez Laguna Cargo: Coordinador Médico	LUIS YESID MARTINEZ Cargo: Coordinador Medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente

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



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAMOPLASTIA
DE REDUCCIÓN O MASTOPEXIA EN T**

CODIGO ASG-03-F17

VERSIÓN 3

VIGENCIA 06/06/2024

7 de 7

Firma del paciente o Representante _____ *consentimiento informado*