

Consentimiento Informado para Abdominoplastia

Instrucciones: Este es un documento de Consentimiento Informado que ha sido preparado para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la Abdominoplastia, 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, coloque su firma en cada página, indicando así que ha leído y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

Introducción: La abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico que elimina el exceso de piel y de tejido graso del abdomen medio y bajo, y que tensa los músculos de la pared abdominal. La abdominoplastia no es un tratamiento quirúrgico del sobrepeso. Los individuos obesos que tienen intención de perder peso deben posponer cualquier clase de cirugía del contorno corporal hasta que sean capaces de mantener su pérdida de peso. Hay varias técnicas diferentes de abdominoplastia, puede combinarse con otras formas de cirugía del contorno corporal incluida la liposucción, o puede realizarse al mismo tiempo que otras cirugías electivas.

Firma del Paciente:Consentimiento Informado para Abdominoplastia

Tratamientos Alternativos: Las formas alternativas de tratamiento consisten en no tratar las áreas de piel flácida y cúmulos grasos. La liposucción puede ser una alternativa quirúrgica a la abdominoplastia si existe buen tono elástico de la piel y cúmulos grasos abdominales localizados en un individuo de peso normal. La dieta y el ejercicio pueden ser beneficiosos para una reducción global del exceso de grasa corporal.

Riesgos de la Abdominoplastia: Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los que son asociados a la abdominoplastia. 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 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 de la abdominoplastia.

Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado. Si ocurre, puede requerir tratamiento para drenar la sangre acumulada o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Infección: La infección es muy infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.

Cambios en la sensibilidad cutánea: La disminución (o pérdida) de la sensibilidad cutánea en la zona inferior del abdomen puede no recuperarse del todo después de la abdominoplastia.

Irregularidades del contorno de la piel: Pueden producirse irregularidades y depresiones en la piel después de una abdominoplastia. También puede ocurrir fruncimiento visible y palpable de la piel.

Firma del Paciente:Consentimiento Informado para Abdominoplastia

Cicatrización Cutánea: La cicatrización en exceso es infrecuente. En casos raros puede producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.

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

Asimetría: Puede no conseguirse una apariencia de simetría corporal con la abdominoplastia. Algunos factores como el tono elástico de la piel, depósitos grasos, prominencias óseas y tono muscular pueden contribuir a una asimetría normal de los rasgos corporales.

Retardo en la cicatrización: La apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas del abdomen pueden no cicatrizar normalmente y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de la piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.

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

Reacciones Alérgicas: En casos raros se ha descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistemáticas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante o después de la cirugía. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Seroma: Son infrecuentes los cúmulos de líquido entre la piel y la pared abdominal. Cuando ocurre esto puede requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.

Firma del Paciente:Consentimiento Informado para Abdominoplastia

Ombliigo: Puede ocurrir mal posición, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida de ombliigo.

Efectos a largo plazo: Alteraciones subsiguientes en el contorno corporal pueden producirse como resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo, u otras circunstancias no relacionadas con la abdominoplastia.

Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos por tratamiento dentro del tejido cicatricial después de una abdominoplastia. Pueden requerirse procedimientos adicionales para la solución a dicha complicación.

Otros: Usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Puede ser necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados y facilitar la adaptación de la piel.

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.

Responsabilidades Económicas: El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el costo del material quirúrgico, anestesia, cargos de hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Puede haber costos 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.

Firma del Paciente:Consentimiento Informado para Abdominoplastia

Renuncia: Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto 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 pacientes, en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre todos los métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso en 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 INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

Firma de Paciente:Consentimiento Informado para Abdominoplastia

Consentimiento para Cirugía / Procedimiento o Tratamiento

1- Por la presente autorizo al Dr. Boris Segal y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Abdominoplastia - _____.

2- He leído, comprendido y firmado las páginas del "Consentimiento Informado para Abdominoplastia".

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.

Firma del Paciente:Consentimiento Informado para Abdominoplastia

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.

Firme en el siguiente consentimiento:

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-Notifíquenos 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 del 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 persona autorizado ,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 del 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 del Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

Dr. Boris Segal