

Nombre:

DNI:

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN

Este es un documento de consentimiento a la operación elaborado por la Dr. _____, Médico Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, y siguiendo las directrices de la AMCPE y R (Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva) para informarle sobre la LIPOSUCCION, sus riesgos y los tratamientos alternativos.

Tanto la Ley General de salud _____) en su artículo _____, como la Ley General del Trabajo _____ su tramitación previa a cualquier procedimiento asistencial es requisito obligatorio legal. Igualmente se recogen los requisitos de la Ley Orgánica _____.

Dicho consentimiento informado tendrá además carácter de CONTRATO DE CONTRAPRESTACION DE SERVICIOS.

Es importante que lea toda esta información cuidadosamente. FIRME cada página para indicar que la ha leído y FIRME el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

INFORMACION GENERAL

La liposucción es una técnica quirúrgica para eliminar depósitos de grasa inestéticos de determinadas áreas del cuerpo, incluyendo cara y cuello, brazos, tronco, abdomen, nalgas, caderas y muslos, rodillas, pantorrillas y tobillos.

La liposucción no es un sustituto de la reducción de peso, sino un método para eliminar depósitos localizados de tejido graso que no responden a la dieta o el ejercicio. La liposucción puede ser realizada como un procedimiento primario para mejorar el contorno corporal, o en combinación con otras técnicas quirúrgicas, como lifting facial, abdominoplastia, o lifting de muslos, para tensar la piel relajada y estructuras de soporte.

El mejor candidato para una liposucción es el individuo de peso relativamente normal que posee un exceso de grasa en áreas determinadas del cuerpo. Una piel firme y elástica lleva a un mejor contorno final después de la liposucción.

La piel colgante no se readapta por sí misma al nuevo contorno, y puede requerir técnicas quirúrgicas adicionales para eliminar y tensar el exceso de piel. Las irregularidades del contorno corporal debidas a estructuras diferentes de la grasa no pueden ser mejoradas con liposucción.

La liposucción por sí misma no mejora las áreas de piel irregular conocida como "celulitis".

¿QUÉ LIMITACIONES TIENE LA TECNICA?

No se puede reducir los diámetros de las distintas regiones corporales más allá del permitido por las estructuras musculares y óseas

El exceso cutáneo puede disminuir el resultado de esta intervención debido a la no retracción de la piel.

Cuando existe un gran exceso de grasa puede ser necesario más de una sesión quirúrgica.

Firmado:

Firmado:

Dr. _____

EVOLUCION

En el postoperatorio inmediato es normal el sentirse hinchado, la presencia de cardenales, así como de dolor en el área tratada, por lo que no debe alarmarse. No deben quitarse las prendas de preso terapia hasta que su cirujano lo indique, incluso aunque se encuentren manchadas de líquidos ser hemáticos. En la primera semana se debe limitar los movimientos bruscos (correr, saltar, etc.) aunque puede variar dependiendo de la sensibilidad de cada paciente al dolor. La sensibilidad cutánea también estará un poco alterada con sensaciones como acorchamiento, picores y otras sensaciones que desaparecerán al cabo de unos meses.

RESULTADOS

El tiempo de recuperación es siempre variable según las personas y las actividades que desarrollen en el postoperatorio, así como los masajes recibidos.

Por término medio se pueden empezar a valorar los resultados al mes de la cirugía, aunque a los quince días se puede empezar a notar algo.

El resultado definitivo no se alcanza hasta los 6 y 7 meses, excepto en pantorrillas y tobillos que hay que esperar un año.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Las formas alternativas de manejo pueden consistir en no tratar las áreas de depósito de grasa. Los regímenes de dieta y ejercicio pueden ser beneficiosos en la reducción global del exceso de grasa corporal. La eliminación directa del exceso de piel y tejido de grasa puede ser necesaria además de la liposucción en algunos pacientes.

Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas alternativas de tratamiento.

SELECCIÓN DE PACIENTE.

Los individuos con tono pobre de la piel, problemas médicos, obesidad, o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para una liposucción.

RIESGOS DE LA LIPOSUCCION

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

Sangrado. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina 15 días antes de la cirugía, puesto que puede aumentar el riesgo de problemas de sangrado.

Firmado:

Firmado:

Dr. _____

Infección. La infección después de este tipo de cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos o cirugía.

Cambios en la sensibilidad cutánea. Pueden ocurrir cambios temporales en la sensibilidad cutánea después de una liposucción, que habitualmente se resuelven. La disminución o pérdida completa de la sensibilidad cutánea ocurre infrecuentemente y pueden no resolverse totalmente.

Cicatrización. Aunque se espera una buena curación después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. En casos raros pueden darse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo cirugía para tratar la cicatrización anormal.

Irregularidades del contorno de la piel. Pueden ocurrir irregularidades del contorno y depresiones de la piel después de una liposucción. Puede darse un plegamiento visible y palpable de la piel. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo cirugía para tratar irregularidades del contorno de la piel tras una liposucción.

Asimetría. Puede no conseguirse un aspecto simétrico del cuerpo tras la liposucción. Factores como el tono de la piel, prominencias óseas, y tono muscular, pueden contribuir a una asimetría normal en los rasgos corporales.

Shock quirúrgico. En raras circunstancias, este procedimiento puede causar un trauma severo, particularmente cuando se succionan áreas múltiples o extensas en un mismo tiempo. Aunque son infrecuentes las complicaciones serias, infecciones o una excesiva pérdida de fluidos pueden llevar a un problema serio o incluso la muerte. Si ocurre un shock quirúrgico después de una liposucción, puede necesitarse hospitalización y tratamiento adicional.

Complicaciones pulmonares. El síndrome de embolismo graso ocurre cuando se atrapan gotas de grasa en los pulmones. Esta es una complicación muy rara y posiblemente fatal de la liposucción. Si ocurre una embolia grasa o cualquier otra complicación pulmonar tras la liposucción puede necesitarse tratamiento adicional incluyendo hospitalización.

Pérdida de piel. La pérdida cutánea es rara tras una liposucción. Pueden necesitarse tratamientos adicionales, incluyendo cirugía.

Seroma. Los acúmulos de fluido ocurren infrecuentemente en áreas donde se ha realizado liposucción. Pueden ser necesarios tratamientos adicionales o cirugía para drenar los acúmulos de fluido.

Efectos a largo plazo. Pueden ocurrir alteraciones posteriores en el contorno corporal como resultado del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo u otras circunstancias no relacionadas con la liposucción.

Firmado:

Firmado:
Dr. _____

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 prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Otros. Usted puede estar insatisfecho con los resultados de la cirugía. Infrecuentemente se necesita realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.

Anestesia. Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones y lesiones por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Resultado no satisfactorio - Es probable que el resultado tras la cirugía pueda no ser el esperado por usted. Después de la cirugía puede ocurrir una asimetría, además puede haber insatisfacción en la cantidad de grasa eliminada. Quizá sea necesario practicar cirugía adicional para mejorar los resultados.

Hábito de fumar, exposición al humo ingerido por terceros, productos de nicotina (parche, chicle, aerosol nasal)-

Los pacientes que actualmente fuman, consumen productos de tabaco o productos de nicotina (parche, chicle o aerosol nasal) tienen un mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas importantes como muerte de la piel, cicatrización lenta y cicatrización adicional. Las personas expuestas al humo ingerido por terceros también presentan el riesgo potencial de complicaciones similares atribuibles a la exposición a la nicotina. Además, el hábito de fumar puede tener un efecto negativo significativo sobre la anestesia y la recuperación de la anestesia, con tos y posiblemente mayor hemorragia. Las personas que no están expuestas al humo del tabaco o a productos que contienen nicotina tienen un riesgo significativamente menor de este tipo de complicación. Indique su estado actual con respecto a estos puntos a continuación:

() No soy fumador y no uso productos de nicotina. Comprendo el riesgo potencial de que la exposición al humo ingerido por terceros cause complicaciones quirúrgicas.

() Soy fumador o uso productos de tabaco/nicotina. Comprendo el riesgo de complicaciones quirúrgicas debido al hábito de fumar o al uso de productos de nicotina.

Es importante abstenerse de fumar al menos 6 semanas antes de la cirugía y hasta que el médico indique que es seguro retomar, si lo desea.

NECESIDAD DE CIRUGIA ADICIONAL

Existen muchas condiciones variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influir en los resultados a largo plazo de la liposucción. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la liposucción.

Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. 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.

CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE

Siga las indicaciones de su médico cuidadosamente; esto es esencial para el éxito del resultado. Es importante que las incisiones quirúrgicas no estén expuestas a fuerza excesiva, inflamación, abrasión o

Firmado:

Firmado:
Dr. _____

movimiento durante el período de cicatrización. La actividad personal y profesional debe restringirse. Los vendajes protectores y los drenajes no deben quitarse a menos que su cirujano plástico se lo indique. La función postoperatoria exitosa depende tanto de la cirugía como del cuidado posterior. La actividad física que aumenta el pulso o la frecuencia cardíaca puede producir moretones, inflamación, acumulación de líquido y necesidad de realizar una nueva cirugía. Es prudente abstenerse de las actividades físicas íntimas después de la cirugía hasta que su médico le indique que es seguro. Es importante que usted participe en la atención de seguimiento, que vuelva para las consultas/revisiones sucesivas, y que promueva su recuperación después de la cirugía, hasta el alta médica definitiva (1 año aproximadamente).

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El costo de la cirugía incluye diversos cargos por los servicios prestados. El total incluye los honorarios de su médico, el costo de los materiales quirúrgicos, la anestesia, las pruebas de laboratorio, y los cargos hospitalarios de paciente externo, que dependen del lugar en donde se realizó la cirugía. Dependiendo de si el costo de la cirugía está cubierto por su seguro médico, usted será responsable de los copagos necesarios, deducibles y cargos no cubiertos. Los cargos cobrados por este procedimiento no incluyen los costos futuros potenciales para los procedimientos adicionales que usted elija o requiera a fin de revisar, optimizar o completar su resultado. Puede haber costos adicionales en caso de que surjan complicaciones debido a la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o los cargos hospitalarios por cirugía ambulatoria relacionados con la cirugía de revisión también serán su responsabilidad. Al firmar el consentimiento para esta cirugía/este procedimiento, usted reconoce que ha sido informado acerca de sus riesgos y consecuencias y acepta la responsabilidad de las decisiones clínicas que se tomaron junto con los costos económicos de todos los tratamientos futuros.

RESPONSABILIDAD LEGAL

Los documentos de consentimiento a la operación se utilizan para informar sobre el tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición además de la declaración de riesgos y formas alternativas de tratamiento o tratamientos. El proceso de consentimiento informado de la operación tiene la intención de definir los principios de declaración de riesgos que generalmente debe cumplir con las necesidades de la mayor parte de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, los documentos de consentimiento a la operación no deben considerarse como absolutos para definir otros métodos de cuidado ni los riesgos que se encuentren. Su cirujano plástico le puede dar información adicional o diferente basada en todos los hechos de su caso en particular así como el estado de sus conocimientos médicos.

Es importante que usted lea la información antes mencionada cuidadosamente y que se contesten todas sus preguntas antes de firmar el CONSENTIMIENTO DE INTERVENCION O TRATAMIENTO que se encuentra en la siguiente página.

Firmado:

Firmado:
Dr. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN

1. Por la presente autorizo a la Dr. _____ (nº de asociado _____) y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el procedimiento de LIPOSUCCIÓN, en el Hospital decidido por ambas partes.
2. RECONOZCO que en el curso de ésta pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y DOY AQUÍ MI EXPRESA AUTORIZACIÓN para el tratamiento de las mismas, incluyendo además procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. En caso de complicaciones durante la operación AUTORIZO al doctor arriba mencionado a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables o hallazgos clínicos inesperados, que pueden hacer necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas para controlar no solo los resultados de la operación, sino lo mejor para mi salud.
3. 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.
4. 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.
5. Reconozco que no se me ha dado garantía por parte de cualquier persona en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
6. 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. NUNCA EN PRENSA DIARIA O REVISTAS COMUNES, y siempre con MI PERMISO EXPRESO.
7. Me COMPROMETO a seguir fielmente, en la mejor de mis posibilidades, las instrucciones del cirujano para antes, durante y después de la operación arriba mencionada y hasta el alta definitiva. Entiendo, comprendo y acepto que las visitas postoperatorias son IMPRESCINDIBLES Y FUNDAMENTALES para la consecución de un buen resultado final. Me comprometo a seguir fielmente las mismas así como todas las recomendaciones postoperatorias hasta el alta médica definitiva.
- 8.- ACEPTO que el cirujano retrase o suspenda la operación si lo cree preciso.
9. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.
- 10.- He podido aclarar todas mis dudas acerca de lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO reafirmando en todos y cada uno de sus puntos o HACIENDO LA EXPRESA SALVEDAD _____
_____ mencionada en la página _____ en el punto _____
- 11.- COMPRENDO que el fin de la operación es MEJORAR MI APARIENCIA, existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el 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. Igualmente entiendo y me ha sido debidamente explicado que puede ser

Firmado:
DNI:

Firmado: _____

Firma de Revocación/Denegación, haciendo- me responsable de las consecuencias deriva-das de esta decisión:
Paciente:

necesario en un futuro un segundo e incluso sucesivos tiempos quirúrgicos para pequeñas correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.

12. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:

- a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.
- b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O METODOS DE TRATAMIENTO.
- c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO.
- d. LA UBICACIÓN DE LAS CICATRICES.

13. He sido informado/a de mis riesgos personalizados:

14.-CONFIRMO que la operación mencionada, me ha sido explicada a fondo por el cirujano en palabras comprensibles para mí, los riesgos que tiene, otras soluciones alternativas de tratamiento (cuando existan), así como las molestias o, en ocasiones, dolores que puedo sentir, teniendo un postoperatorio normal. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

CONSIENTO EXPRESAMENTE en el tratamiento de mis datos personales que, de acuerdo con la Ley Orgánica _____, serán recogidos con la finalidad de gestionar adecuadamente la intervención y proceso peri y postoperatorio, e incorporados a los ficheros cuyo responsable es Dr. _____. Manifiesto que todos los datos facilitados por mí son ciertos y correctos, y me comprometo a comunicar los cambios que se produzcan en los mismos. Asimismo, para poder llevar a buen fin dicha intervención y tratamiento, consiento expresamente en la cesión de mis datos a cuantos profesionales sea necesario para realizar las consultas profesionales pertinentes. La política de privacidad de la Dr. _____ garantiza al Paciente en todo caso la posibilidad de ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos, notificándolo a Dr. _____ dirigiéndose por correo ordinario a _____ en la calle _____ o, o bien por correo electrónico: _____

ESTE DOCUMENTO DEBERA DE SER FIRMADO EN LA CONSULTA, AL MENOS 24 HORAS PREVIAS A LA INTERVENCION. EN SU DEFECTO, SE DA POR HECHO LA ABSOLUTA Y PLENA CONFORMIDAD DEL PACIENTE CON LO AQUI EXPUESTO.

DOY CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO U OPERACION Y A LOS PUNTOS ARRIBA MENCIONADOS (1 a 14), HABIENDOME LEIDO Y COMPRENDIDO EN LENGUAJE CLARO LA INFORMACION DETALLADA EN LAS 8 PAGINAS DE ESTE CONSENTIMIENTO. SE ME HA PREGUNTADO SI DESEO UNA EXPLICACION MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO(A) CON LA EXPLICACION Y NO DESEO MAS INFORMACION.

Firmado:
DNI:

Firmado: _____

Firma de Revocación/Denegación, haciendo-me responsable de las consecuencias deriva-das de esta decisión:
Paciente: