

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ Mexicano(a), contando con \_\_\_\_ años de edad, con dirección en \_\_\_\_\_

Autorizo al Médico (a) \_\_\_\_\_ con especialidad en \_\_\_\_\_ para que realice: Una Cirugía de **Dermolipectomia abdominal y plastia de rectos abdominales.**

(Breve reseña del acto quirúrgico el cual va a realizarse a la o (el) paciente)

La Dermolipectomía abdominal con plastia de músculos rectos abdominales es una operación quirúrgica destinada a mejorar la forma y volumen del abdomen y corregir la diastasis (apertura) de los músculos abdominales, por una serie de motivos:

- Para mejorar el contorno corporal de la mujer, la cual por razones personales considera que no está en la forma adecuada para su cuerpo.
- Como técnica reconstructiva en determinadas situaciones.

La forma y presión intraabdominal pueden influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final. Si existe el antecedente de colitis o enfermedad intestinal ocasional antes de la cirugía, es poco probable que se corrija después de la cirugía. La cicatriz resultante es de dimensiones considerables llegando casi siempre de un hueso de la cadera (cresta ilíaca) al otro.

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vinculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los \_\_\_\_\_ menores o \_\_\_\_\_ tutor \_\_\_\_\_ legal)

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

Nombre completo y firma de testigo

Nombre completo y firma de testigo

El que suscribe Dr.(a).\_\_\_\_\_ con especialidad en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, que ejerce la profesión dentro del marco legal establecido en la República Mexicana, con registro en profesiones número \_\_\_\_\_ y con cedula de especialidad numero \_\_\_\_\_ con domicilio fiscal para oír y recibir notificaciones en \_\_\_\_\_

Y que ejerce la especialidad en el hospital \_\_\_\_\_

Ante Ud. Y de la manera más atenta expreso:

En cumplimiento de la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y en consecuencia al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Quienes con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el medico explico el plan de manejo propuesto y aclaro cada una de las preguntas que el paciente planteo, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico que se requiere, consistente en lo que a continuación se expresa:

**Diagnóstico: Dermocalasia abdominal, diastasis de rectos abdominales, debilidad de pared abdominal**

Acto quirúrgico que se propone: **Dermolipectomia abdominal y plastia de rectos abdominales.**

(Nombre y firma de puño y letra del paciente) \_\_\_\_\_

Consentimiento informado para Dermolipectomía abdominal y plastia de rectos abdominales.

El paciente y/o su representante legal hace constar y manifiesta que:

Como un hecho sobresaliente debe señalarse que la explicación del médico fue lo suficientemente clara para evidenciar los beneficios que el acto médico

propuesto le ofrece al paciente respecto a otras opciones de manejo, sobresaliendo particularmente las siguientes ventajas positivas del procedimiento de atención antes mencionado.

### **Dermolipectomia abdominal y plastia de rectos abdominales**

Declaro bajo protesta de decir verdad que se me ha explicado de manera amplia y detallada el procedimiento al cual seré sometido(a), y se han contestado todas las preguntas que han surgido como dudas durante la explicación que el medico antes referido me ha brindado, así mismo, declaro que no existe ninguna duda sobre el procedimiento que me será efectuado, por lo que reconozco que dentro de los riesgos que se me explicaron fueron los siguientes:

### **RIESGOS DE LA CIRUGIA DE DERMOLIPECTOMIA CON PLASTIA DE RECTOS ABDOMINALES**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que Ud. Comprenda los riesgos asociados. 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 y/o hombres no experimentan las siguientes complicaciones, usted debe de conocer y considerar cada una de ellas para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la **Dermolipectomia abdominal con plastia de rectos abdominales**.

-Hemorragia: Es posible aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. A veces no pueden ser evitadas incluso con una hemostasia cuidadosa. Generalmente se presenta en las 1ras 48 horas. 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.

-Ceroma: Generalmente se presenta en la 1ra Revisión postoperatoria con distensión y protrusión del abdomen inferior, fluctuación y a veces drenaje por la herida.

La incidencia es mayor en las grandes pérdidas de peso preoperatorias, y el tratamiento consiste en drenaje mediante aspiraciones repetidas y compresión mantenida.

-Infección: La incidencia es variable. Es una complicación rara que generalmente se relaciona con hematomas no drenados. Los gérmenes más comúnmente implicados son: Staphylococcus, Estreptococos, Pseudomonas y Escherichia Coli. Profilaxis: Tratamiento con antibióticos profilácticos desde la noche anterior, que continúan en el postoperatorio, hasta retirar la sutura. Se manifiesta con calor, eritema, dolor, colección purulenta. Tratamiento: evacuación y drenaje de acúmulos purulentos, cultivo de la herida y antibióticos.

-Dehiscencia: Es un problema multifactorial. Está en relación directa con la tensión del cierre, la cantidad del despegamiento y la extensión de la liposucción. También influye el tabaquismo, el estado de hidratación, la posición de la cama, la formación de ceroma y las infecciones.

-Sufrimiento cutáneo y necrosis: Es la complicación más preocupante, aunque rara. Ocurre cuando la circulación del colgajo se ve comprometida por el procedimiento. Es común la pérdida cutánea superficial en línea media supra púbrica. Sin embargo, si es grande, puede alcanzar a todo el ombligo, ser de grosor total y extenderse lateralmente por todo el pubis.

Se asocia a excesiva tensión en el cierre, incisión previa en línea media abdominal vertical, historia de tabaquismo, liposucción en colgajo abdominal asociado y hematoma no reconocido. No se ven clínicamente hasta el 3ro-5to días postoperatorios; antes de esto los bordes de la herida pueden aparecer equimóticos, azulados y más fríos que la zona adyacente, Con el tiempo esta zona se va demarcando gradualmente hasta la necrosis franca. Si la necrosis es de grosor parcial, se trata con antibióticos tópicos y/o desbridan térs químicos, se deja epitelizar y granular; si la necrosis es total precisa de desbridamiento y cobertura posterior.

-Mal posición umbilical: Es posible sobre todo tras múltiples embarazos y cirugías previas en el abdomen. La corrección debe ser realizada en quirófano con una plica tura asimétrica de la pared y transposición umbilical.

-Cambios en la sensibilidad de la piel: No es raro que haya algún cambio en la sensibilidad de la piel inmediatamente después de la cirugía. Al cabo de varios meses la mayoría de las pacientes tienen una sensibilidad normal. Ocasionalmente pueden ocurrir una pérdida parcial o total de la sensibilidad de la piel aunque es muy raro.

-Cicatriz cutánea: La cicatrización excesiva (queloide) 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 o un tatuaje de la misma para igualar el color.

-Retraso en la cicatrización: Existe la posibilidad de una apertura (dehiscencia) de la herida o de una cicatrización atrasada. Algunas zonas pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar, además de requerir de tratamiento adicionales.

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

- Arrugas y pliegues en la piel: Pueden existir pliegues visibles y palpables aunque es muy raro que suceda. Esto puede ser más pronunciado en los extremos de la cicatriz formándose los pliegues de rotación que posteriormente pueden llegar a requerir de ser remodelados quirúrgicamente.

-Reacciones alérgicas: En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir casos muy raros 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 anestesia general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier tipo de anestesia o sedación quirúrgica.

-Problemas pulmonares: posibles por la sedación pos anestésica, la plica tura pulmonar, la posición de flexión de la cama y/o compresión por la faja.

-Trombosis venosa y trombo embolismo pulmonar: Es la complicación más temida. Contribuye la Abdominoplastia debido al aumento de presión en el abdomen por la plica tura y la disminución del retorno venoso en la extremidad inferior por la posición de la cama después de la cirugía. La incidencia es variable. Está en relación a Obesidad, Cirugía o trauma frecuente, inmovilización prolongada anestesia general mayor a 30 minutos, historia familiar de trombosis venosa profunda- Para evitar esta complicación se deben dar medidas posturales y mecánicas, movilización de las extremidades inferiores, deambulación precoz, monitorización intraoperatoria.

Igualmente se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el medico describió las complicaciones probables que la literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden el desarrollo del acto médico quirúrgico propuesto, aceptando que se conocen como posibles riesgos los siguientes: Se precisa que se pueden presentar efectos indeseables, derivados de cualquier intervención, como los específicos del procedimiento que se realiza, que pueden llevar a la afectación de órganos. Así mismo, la existencia de riesgos inmediatos, riesgos secundarios y riesgos personalizados (estos últimos en relación a las condiciones propias del paciente y observadas en su valoración médica y de diagnóstico).

---

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vinculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los menores o tutor legal)

---

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

---

Nombre completo y firma de testigo

---

Nombre completo y firma de testigo

## **BENEFICIOS DE LA CIRUGIA**

En forma complementaria se manifiesta también, que el medico explico el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante queda facultado para actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, así como para actuar o dejar de hacerlo, si así requiere o hay riesgos. Lo anterior, derivado del acto médico autorizado.

El paciente manifiesta que se le ha informado que la Dermolipectomia abdominal con plastia de rectos abdominales es una operación quirúrgica

electiva, y la alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención y utilizar prendas de compresión (fajas) para mejorar el contorno abdominal, así mismo se le ha informado que existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo del acto quirúrgico que se menciona. Puede necesitarse cirugía secundaria para realizar una corrección adicional. 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 puedan obtenerse.

El paciente manifiesta que el médico le explico suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, siempre que el procedimiento no se encuentre realizado, reiterando así so absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

Firma del paciente (autógrafa en azul) \_\_\_\_\_

Consentimiento informado para Dermolipectomia con plastia de rectos abdominales

Refrendo que he leído y comprendido totalmente este documento, las explicaciones al respecto, así como que los espacios en blanco han sido rellenados antes de firmar, y en tal circunstancia, otorgo mi consentimiento para que se me realice el procedimiento de Dermolipectomia con Plastia de Rectos Abdominales.

El paciente hace constar que la información que le ha proporcionado el médico tratante, es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el consentimiento solicitado, y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente.

El paciente solicitante o responsable legal, se hará cargo de cubrir todos los honorarios médicos que se causen, y los correspondientes a servicios y materiales médicos y de curación en que se incurran durante el tratamiento solicitado según el presupuesto adjunto.

En el entendido que es necesario la toma de fotografías, videos antes, durante y \_\_\_\_\_ después del \_\_\_\_\_ procedimiento autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ o a quien el considere la toma de las mismas y su uso para fines del expediente clínico fotográfico, de

enseñanza, presentaciones en Congresos, así como para cualquier otro fin que no sea en detrimento de mi persona y dignidad.

Así mismo autorizo al personal del Hospital en que se llevara a cabo el procedimiento descrito en esta carta de consentimiento, para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Lo anterior para dar cumplimiento de la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y dar cumplimiento al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Por lo señalado anteriormente, otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para los efectos señalados en las páginas anteriores y firma tanto quien emite el presente consentimiento como el medico encargado del procedimiento y los testigos, en todas y cada una de las hojas que integran el presente consentimiento bajo información.

---

---

Nombre, Firma y/o Huella digital del paciente

---

Nombre, Firma y/o Huella digital del Representante Legal

---

Nombre y firma del medico

---

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

---

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

El presente Consentimiento se firma en México, D.F. a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_. Copia para el paciente y original para el Expediente Clínico.