

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABDOMINOPLASTIA (CIRUGÍA SOBRE PIEL Y GRASA ABDOMINAL)

INSTRUCCIONES

Este es un documento de consentimiento a la operación elaborado por , siguiendo las directrices de la SECPRE (Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética) y las recomendaciones de la guía sobre consentimiento informado de la Junta de Castilla y León para informarle sobre la intervención detallada posteriormente, sus riesgos y los tratamientos alternativos.

FIRME cada página para indicar que la ha leído.

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

ESTE DOCUMENTO DEBERA DE ESTAR ENTREGADO Y FIRMADO EN LA CONSULTA, AL MENOS 24 HORAS PREVIAS A LA INTERVENCION.

NATURALEZA Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La intervención a la que usted va a someterse se denomina Abdominoplastia y consiste en extirpar la piel y grasa sobrantes del abdomen medio y bajo, y en ocasiones, retensar la pared abdominal.

Sirve para eliminar el faldón de piel (dermograso) de las personas que han perdido mucho peso.

CÓMO SE REALIZA:

La operación se realiza bajo anestesia general o anestesia raquídea, se extirpa el sobrante dermograso, se recoloca el ombligo y en ocasiones se retensa la pared abdominal. Si hubiera hernias o eventraciones se podrían corregir colocando una malla si fuera preciso.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Una cicatriz que recorre toda la parte inferior del abdomen, pasando justo por encima del vello pubiano o púbico, pero queda oculta bajo la ropa interior. A veces la cicatriz hay que llevarla hasta las zonas laterales e incluso lumbares para poder extirpar todo el excedente dermograso. Una cicatriz alrededor del ombligo recolocado.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En haber extirpado el faldón dermograso con la consiguiente mejoría funcional y estética.

ALTERNATIVAS, CONSECUENCIAS

No operarse, o bien someterse a liposucción que puede ser una alternativa quirúrgica a la abdominoplastia si existe buen tono elástico de la piel.

RIESGOS GENERALES

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS FRECUENTES:

- Cicatrización cutánea: Quedarán cicatrices en la zona inferior del abdomen y en la zona periumbilical (al lado del ombligo). En casos raros pueden producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas, de diferentes tamaños y volúmenes o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.

Firma:

- 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.
 - Necrosis: algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.
 - Seroma: Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.
 - Dehiscencia o apertura de la herida: Por tensión de los bordes de la herida, necrosis o infección, puede darse una dehiscencia, que requeriría para su solución una nueva intervención.
 - Cambios de 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.
 - Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de atrapamiento de nervios en tejido cicatricial después de la intervención.
 - Irregularidades del contorno de la piel. Pueden producirse depresiones e irregularidades en la piel después de una abdominoplastia. También puede ocurrir fruncimiento visible y palpable de la piel.
- < **LOS MÁS GRAVES:**
- Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para cohibir el sangrado, y/o transfusión de sangre.
 - Hematoma: puede formarse siendo necesario drenarlo, aunque es poco frecuente.
 - Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.
 - Ombligo. Puede ocurrir malposición, cicatrización excesiva, apariencia inestéticas o pérdida del mismo.

INFORMACIÓN ADICIONAL

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Las personas fumadoras tienen más posibilidades de tener problemas en la cicatrización o de supervivencia de los tejidos por falta de vascularización.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Con el paso del tiempo se pueden producir alteraciones en el contorno corporal provocadas por envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo, u otras circunstancias no relacionadas con la abdominoplastia.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

NECESIDAD DE CIRUGIA ADICIONAL

Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados en caso de extirpación del cáncer cutáneo. 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.

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 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

Firma:

--

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.

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 alternas 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.

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.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Lea también antes de tomar una decisión la información relacionada que se le suministra en el siguiente formato:

.- Consentimiento informado de ABDOMINOPLASTIA (CIRUGÍA SOBRE PIEL Y GRASA ABDOMINAL)

Firma:

Centro Sanitario Calzadas Policlínica		Especialidad Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
DATOS DEL PACIENTE		
Nombre Paciente	Apellidos Modelo	DNI 000000000A
DATOS DEL REPRESENTANTE		
Parentesco	Nombre y Apellidos	DNI
DATOS DEL MÉDICO		
Nombre	Apellidos	Colegiado

PROCESO ASISTENCIAL
 ABDOMINOPLASTIA (CIRUGÍA SOBRE PIEL Y GRASA ABDOMINAL)

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de las hojas adjuntas que contienen la información clínica.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO		
He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.		
En	a de	de 20
EL PACIENTE	EL REPRESENTANTE	EL MÉDICO
Fdo: Paciente Modelo	Fdo:	Fdo:
LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO		
He decidido revocar mi anterior autorización		
En	a de	de 20
EL PACIENTE	EL REPRESENTANTE	EL MÉDICO
Fdo: Paciente Modelo	Fdo:	Fdo: