 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABDOMINOPLASTIA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

La abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico que elimina el exceso de piel y 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 intervenciones.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Las formas alternativas de tratamiento consisten en no tratar las áreas de piel flácida y acúmulos grasos. La liposucción puede ser una alternativa quirúrgica a la abdominoplastia si existe buen tono elástico de la piel y acúmulos 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

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la abdominoplastia. La decisión del individuo de someterse a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, Ud. debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles de la abdominoplastia. **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 drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina ni medicamentos antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que ello podría aumentar el riesgo de sangrado. **Infección**: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera 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. **Cicatrización cutánea**: La cicatrización en exceso es infrecuente. En casos raros pueden 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 muerte, por cualquiera de las formas de anestesia o sedación. **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 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 cutánea y de complicaciones en la cicatrización. **Reacciones alérgicas:** En casos raros se han observado alergias locales al material de sutura o preparados tópicos (pomadas, etc.). Las reacciones generales, que son más serias, pueden producirse por medicaciones usadas durante o después de la intervención. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional. **Complicaciones pulmonares**: Pueden ocurrir complicaciones pulmonares secundarias a coágulos de sangre (embolia pulmonar) o colapso parcial de los pulmones tras una anestesia general. Si ocurriera alguna de estas complicaciones, usted puede requerir hospitalización y tratamiento adicional. La embolia pulmonar puede tener riesgo de muerte o ser fatal en algunas circunstancias. **Seroma**: Son infrecuentes los acúmulos de líquido entre la piel y la pared abdominal. Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del líquido acumulado. **Ombligo**: Puede ocurrir malposición, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida por necrosis del ombligo. Efectos a largo plazo: Como resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo, u otras circunstancias no relacionadas con la abdominoplastia, se pueden producir alteraciones posteriores en el contorno corporal. **Dolor**: Puede ocurrir dolor crónico a causa de atrapamiento de nervios en tejido cicatricial después de una abdominoplastia. Otros: Con cierta frecuencia es necesario realizar cirugía adicional (“retoques”) para mejorar los resultados. **Necesidad de cirugia adicional** (“RETOQUES”) Si ocurren complicaciones puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. 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. Así mismo usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la intervención. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos del hospital derivados de cirugía secundaria, retoques o revisión quirúrgica corren a cargo del paciente

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. 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.

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. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. 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.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_