

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DERMOLIPECTOMIA DE MUSLOS Y / O BRAZOS

## INSTRUCCIONES

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la dermolipectomía, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica publicada en el BOE del 15-11-02 - nº 274, aptdo. 2 del artículo 8, que dice: "El consentimiento se prestará por escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores...."

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

## INTRODUCCION

La dermolipectomía es un procedimiento quirúrgico que elimina el exceso de piel y tejido graso. La dermolipectomía es un tratamiento quirúrgico del exceso cutáneo-graso para corregir la morfología de la zona.

Hay varias técnicas diferentes de dermolipectomía. Puede combinarse con otras formas de cirugía del contorno corporal incluida la liposucción, o puede realizarse al mismo tiempo que otras cirugías electivas.

## RIESGOS DE LA DERMOLIPECTOMIA

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la dermolipectomía. 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 dermolipectomía.

**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.

**C.I. DERMOLIPECTOMIA. Página 1 de 6. Firma paciente y fecha. ....**

**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 tratada puede no recuperarse del todo después de la dermolipectomía.

**Irregularidades del contorno de la piel:** Pueden producirse irregularidades y depresiones en la piel después de una dermolipectomía. 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. Información más detallada le será facilitada por el propio equipo de anestesistas, que así mismo, recabarán el correspondiente consentimiento escrito.

**Asimetría:** Puede no conseguirse una apariencia de simetría corporal con la dermolipectomía. 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 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 esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden producirse por medicaciones usadas durante la cirugía o por medicinas de prescripción. 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 bajo la piel. Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.

**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 dermolipectomía.

**C.I. DERMOLIPECTOMIA. Página 2 de 6. Firma paciente y fecha. ....**

**Dolor:** Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de atrapamiento de nervios en tejido cicatricial después de una dermolipectomía.

**Otros:** Usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Rara vez es necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.

## **SEGURO DE SALUD**

La mayoría de las compañías de seguros sanitarios excluyen la cobertura de operaciones de cirugía estética, como la dermolipectomía, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de la cirugía. Por favor, revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro sanitario.

## **RESPONSABILIDADES ECONOMICAS**

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes 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.

## **RENUNCIA**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación 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 cubrirá 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 otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso 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 cada caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

**C.I. DERMOLIPECTOMIA. Página 3 de 6. Firma paciente y fecha. ....**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

### **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

1. Por la presente autorizo al Dr. Jesús Gaviño Rodríguez y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas contenidas en este documento de consentimiento.

He recibido el siguiente folleto informativo:

Consentimiento informado para cirugía de dermolipectomía.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones 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 situación 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 tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

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. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

7. 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.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D. ...., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

**C.I. DERMOLIPECTOMIA. Página 4 de 6. Firma paciente y fecha. ....**

Asimismo, designo como representante mío a D. .... y a D. .... para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.

Acepto expresamente la sumisión a la competencia de los Juzgados y Tribunales de El Puerto de Santa María para la solución de cualquier litigio que traiga causa de la intervención quirúrgica o asistencia médica del Dr. Jesús Gaviño Rodríguez.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En ..... a ..... de ..... de 20....

**Firma del Paciente  
(o representante legal)**

**Firma del Cirujano Plástico**

**Fdo.: D./D<sup>a</sup>.** .....  
(nombre y apellidos)

**Fdo.: Dr./Dra.** .....  
(nombre y apellidos)

**D.N.I.:** .....

## **RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ella puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

## **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

EL/ LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.: