

secpre

Sociedad Española de Cirugía
Plástica Reparadora y Estética



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA DERMOLIPECTOMÍA DE BRAZOS Y MUSLOS

El/la paciente debe firmar y escribir su nombre y la fecha de la firma en la parte inferior de cada una de las páginas del presente documento, incluida ésta.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA DERMOLIPECTOMÍA DE BRAZOS Y MUSLOS

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

INFORMACIÓN GENERAL

La dermolipectomía es un procedimiento quirúrgico que elimina el exceso de piel y tejido graso de los brazos, muslos u otras zonas corporales que lo requieran, habitualmente tras haber sufrido una pérdida importante de peso, tras cirugía bariátrica o con dieta. Sirve para tensar la piel del brazo o del muslo mejorando el contorno, evitar las molestias que provocan los excesos de grasa y piel y facilitar los movimientos habituales de la vida diaria. Los pacientes que han sufrido una pérdida masiva de peso tienen una gran flacidez y su piel ha perdido en gran medida la capacidad elástica de readaptación, presentando estrías, etc. No se puede devolver la elasticidad cutánea perdida.

La dermolipectomía 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. Siempre quedan amplias cicatrices visibles, en ocasiones difíciles de ocultar con la ropa. Se realiza bajo anestesia general.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Consisten en no intervenir las áreas de piel flácida y acúmulos grasos, utilizando prendas elásticas que mantengan firmes los pliegues dermograsos. La liposucción puede ser una alternativa quirúrgica a la dermolipectomía si existe buen tono elástico de la piel y acúmulos grasos localizados en un individuo de peso normal.

RIESGOS

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo y es importante que usted comprenda los asociados a esta cirugía:

- Cicatrización cutánea. Pueden producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color diferente al de la piel circundante. Pueden ensancharse con el paso del tiempo, sobre todo si se produce un aumento del peso corporal, y pueden necesitarse procedimientos adicionales para esta cicatrización anormal, incluyendo cirugía. Aunque la técnica haya sido correcta, las cicatrices de la dermolipectomía de muslos tienden a descender, pudiendo ser más visibles que en el postoperatorio inmediato.

- La apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas pueden no cicatrizar normalmente y tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir curas frecuentes o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.
- Depresiones e irregularidades en la piel. También puede ocurrir fruncimiento visible y palpable de la piel.

- 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 una transfusión de sangre. No debe tomar aspirina ni medicamentos antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que podría aumentar el riesgo de sangrado.

- Infección. Es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.

- Seroma. Pueden ocurrir acúmulos de líquido bajo la piel. Cuando ocurre este problema pueden requerirse tratamientos adicionales para el drenaje del fluido.

- Cambios en la sensibilidad cutánea. La disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona intervenida puede no recuperarse del todo después de una 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.

- 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.

- 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.

- Edema distal. Puede producirse una hinchazón en los brazos o las piernas tras la cirugía, por lo que se le aconsejarán medidas para mejorar (prendas de compresión, masajes...).

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

- Otros. Complicaciones derivadas de sus problemas de salud previos.

Usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Alguna vez es necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.

Dependiendo de la parte del cuerpo intervenida y de su estado previo de salud, puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de trombosis.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinar para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. 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. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....
.....
.....

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

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. Autorizo a los cirujanos citados 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.

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

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante legal o del paciente,

Firma del médico,

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo:

Firma del paciente,

Firma de testigo,

Firma del médico,

IMÁGENES EXPLICATIVAS

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).