

---

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA MINIABDOMINOPLASTIA

---

*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 MINIABDOMINOPLASTIA**

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**

Esta intervención consiste en eliminar el exceso de piel y tejido graso del abdomen bajo y, en ocasiones, retensar los músculos de la pared abdominal. La abdominoplastia no es un tratamiento quirúrgico del sobrepeso; sirve para eliminar el faldón de piel (dermograso) de la parte baja del abdomen. Puede combinarse con técnicas de liposucción como parte de la cirugía.

Hay varias técnicas diferentes de miniabdominoplastia. En ocasiones se realiza también una sutura de los músculos rectos abdominales, que los refuerza en la línea media. A veces es necesario incorporar una malla sintética como refuerzo de la pared abdominal si está muy debilitada o existen hernias o eventraciones.

La miniabdominoplastia se realiza bajo anestesia general, anestesia raquídea o anestesia local. Al finalizar le quedará una cicatriz horizontal en la parte inferior del abdomen más o menos extensa en función de su caso.

### **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

Las formas alternativas de tratamiento consisten en no operarse. También se pueden utilizar fajas ajustadas que alivien las molestias. La liposucción aislada puede ser una alternativa quirúrgica a la miniabdominoplastia si existe buen tono elástico de la piel.

### **RIESGOS**

Todo procedimiento quirúrgico implica un cierto riesgo. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, es importante que usted las conozca:

- Cicatrización cutánea. Quedarán las cicatrices descritas en la zona inferior del abdomen. 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.

- Retardo en la cicatrización. La apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas del abdomen pueden no cicatrizar normalmente y 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. Por el despegamiento importante que exige esta técnica, se puede acumular fluido seroso entre la piel y la pared abdominal que requiera ser drenado.
- 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 miniabdominoplastia.
- 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 miniabdominoplastia. 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.
- Infección. La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.
- Asimetría. Puede no conseguirse una apariencia de simetría corporal con la miniabdominoplastia. Asimismo puede existir una malposición del ombligo, perdiendo su posición exacta en línea media o distorsión en la forma del ombligo. 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, coágulos de sangre (embolia pulmonar) o colapso parcial de los pulmones tras una anestesia general. Habitualmente se prescribe medicación profiláctica antitrombótica. Si, a pesar de ello, ocurriera alguna de estas complicaciones, puede requerir hospitalización y tratamiento adicional. La embolia pulmonar es una complicación grave que puede tener riesgo de muerte en algunas circunstancias.
- Efectos a largo plazo. Como resultado del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo u otras circunstancias no relacionadas con la miniabdominoplastia, pueden producirse alteraciones en el contorno corporal a lo largo del tiempo
- Otros. Puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Alguna vez es necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.

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.).