

Consentimiento Informado para Lifting de Muslos

Cirugía Plástica adulto

Consentimiento Informado para Lifting de Muslos

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de
LIFTING DE MUSLOS.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende eliminar el exceso de piel y tejido graso de la cara interna de los muslos. En general está indicada en pacientes que han sufrido cambios de peso en que hay una caída mayor de los tejidos con pérdida de elasticidad de la piel o para mejorar el contorno del muslo.

La incisión para la tracción y resección de tejido sobrante se realiza cerca de la región de la ingle, pero puede ser necesario ampliarla también hacia el pliegue glúteo o realizar una además una incisión vertical hacia abajo en la cara interna del muslo. Las incisiones serán proporcionales a la cantidad de piel sobrante.

En ocasiones el procedimiento puede requerir una lipoaspiración de la zona para ayudar a la tracción y acomodación de los colgajos.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o de hemoderivados.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del Procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, entre otras) o particulares del tipo de cirugía, las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.)

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien la posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con Lifting de Muslos, la decisión del individuo de someterse a una cirugía 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 del Lifting de Muslos, entre otras:

Las complicaciones más frecuentes son la apertura de la herida (dehiscencia) con un porcentaje de aproximado 18% y el Seroma (acumulación de líquido en la zona de la cirugía) con una frecuencia descrita de aproximada 8%.

- **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 los tejidos no curados. Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.

- **Seroma:** Podría producirse acumulación anormal de líquido debajo de la piel en las zonas intervenidas.
- **Infección:** si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Cambios en la sensibilidad cutánea:** la disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona cercana a las incisiones puede no recuperarse del todo después de la cirugía.
- **Cicatrización cutánea:** en algunos casos pueden producirse cicatrizaciones anormales, estas pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para la adecuada cicatrización, incluyendo nueva cirugía. Con el paso del tiempo y dependiendo de su anatomía podrá producirse una tracción por gravedad de las cicatrices y finalmente descender de su posición original cercana a la ingle.
- **Hemorragia:** si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o, transfusión de sangre. No debe tomar antiinflamatorios o aspirina desde 10 días antes de la cirugía, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado.
- **Asimetría:** puede no conseguirse una apariencia de simetría corporal con el Lifting de Muslos (que un lado sea totalmente igual al otro). Algunos factores como el tono elástico de la piel, depósitos localizados de grasa, prominencias de los huesos, y tono muscular pueden contribuir a una diferencia en los rasgos corporales.
- Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje de fluidos.
- **Efectos a largo plazo:** alteraciones subsiguientes en el contorno corporal pueden producirse como resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso.
- **Dolor:** es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos por atropamiento dentro del tejido cicatricial, después de un Lifting de Muslos. Pueden requerirse procedimientos adicionales para la solución de dicha complicación.
- **Otros:** usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía, puede ser necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados y facilitar la adaptación de la piel.

El tipo de anestesia requerida será indicada por el Anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. También me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

LIFTING DE MUSLOS

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).