

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La Dermolipectomía Abdominal es realizada para extraer el exceso de piel y grasa del abdomen, así como para tensar la musculatura de la región y eventualmente corregir una hernia o eventración. Los pacientes que han bajado mucho de peso o tenido muchos embarazos son candidatos a este procedimiento. La incisión se ubica en la región púbica y se prolonga lateralmente, tratando de ubicarla debajo de la zona cubierta por el traje de baño. En casos indicados, se puede realizar la mini-dermolipectomía y liposucción de abdomen. En estos casos la incisión no sale de la región suprapúbica.

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Extraer el exceso de la piel y tensar el abdomen.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existen.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Habitualmente requiere 1 o 2 días de internación. El paciente debe continuar reposo hasta completar una semana. Es aconsejable el uso de una faja adecuada para esta cirugía. Los puntos se retiran entre los 10 y 14 días. Es aconsejable un tratamiento posterior de compresión para mejorar la apariencia de la cicatriz.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Es una cirugía voluntaria. No resiente su salud, salvo que se realice para tratamiento de una hernia gigante, con lo cual de no tratarse puede tener complicaciones inherentes a la enfermedad de base, explicada por su cirujano.

### RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.

**Hemorragia, hematomas y equimosis:** por lo que es importante que suspenda toda ingesta de aspirina, vitamina E previo a la cirugía. Si son pequeñas se tratan con cremas antihematomas. Si son grandes pueden requerir una nueva intervención quirúrgica. / **Infección de la herida:** de tratamiento local y antibióticos. / **Dehiscencia de herida quirúrgica:** debido a infección, necrosis. / **Cicatriz inestética:** hipertrófica, hiper o hipopigmentada, ancha: dependiendo del proceso de cicatrización de cada organismo, por lo que no puede garantizarse su resultado. / **Seromas,** aparecen a los 7 a 10 días post operatorios. Requieren aspiraciones frecuentes con punciones y tratamiento de drenaje linfático. / **Astenia:** durante los 10 a 20 días post operatorios, sobre todo por la dieta adelgazante a la que está sometido. Consulte a su nutricionista para evaluar si es balanceada. / **Perdida de la sensibilidad:** transitoria y que se recupera con el tiempo (6 meses aprox). / **Isquemia o necrosis del borde de la herida:** Sucede en lifting secundarios o en pacientes con el hábito de fumar. / **Irregularidades del contorno** El cigarrillo disminuye el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno. De esta manera afecta la microcirculación produciendo isquemia de los bordes de la herida retardando la cicatrización y alterando la calidad de la misma. Por ello se recomienda suspender el hábito 21 días antes y 21 días después a fin de minimizar sus efectos sobre los tejidos.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL

*RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE*

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

*ACLARACIONES  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL MÉDICO)*

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE .....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE **DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO .....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....  
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO .....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO