

CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACIÓN O TRANSFERENCIA GRASA (LIPOFILLING)



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE 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 propia grasa de una persona se puede utilizar para mejorar la imagen corporal, movilizándola desde un área donde se necesita menos (muslos, abdomen) a un área que ha perdido el volumen debido al envejecimiento, traumatismos, cirugía, defectos congénitos u otra causa.
La grasa es extraída de la zona donante mediante una cánula a través de pequeñas incisiones, y se somete a una preparación específica (lavado, filtración y centrifugado) previa a su infiltración en la zona deseada mediante agujas específicas.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Con este procedimiento se pretende reconstruir la mama extirpada mediante la transferencia de grasa propia hacia el defecto creado en la región mamaria como consecuencia de la cirugía realizada con anterioridad (mastectomía, cirugía conservadora, reconstrucción mamaria). Típicamente la grasa transferida resulta en un aumento del volumen de la zona tratada y una mejora de la calidad de la piel local (sobre todo en casos de piel radiada) lo que favorece el proceso de reconstrucción mamaria.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Las alternativas, quirúrgicas o no, consisten en la inyección de sustancias artificiales para mejorar el volumen tisular (ácido hialurónico, ácido poligláctico, etc), el uso de implantes artificiales u otros procedimientos quirúrgicos que transfieren la grasa del organismo (colgajos). Los tratamientos alternativos también tienen riesgos y complicaciones potenciales.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Todos los procedimientos invasivos dejan cicatrices, algunas más visibles que otras. Aunque se espere una buena cicatrización, puede ocurrir que aparezcan cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos más profundos. Las cicatrices pueden ser poco atractivas y de coloración diferente a la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles por las suturas usadas para cerrar la herida, las cicatrices pueden también limitar el movimiento y la función. Se puede necesitar de otros tratamientos, incluyendo cirugía, para tratar esas cicatrices.

RIESGOS FRECUENTES

1. Sangrado: es posible, aunque inusual, experimentar un episodio de sangrado durante o después de este procedimiento. Si ocurre puede requerir de tratamiento urgente para drenar la sangre acumulada (hematoma).
2. Seroma: aunque es poco frecuente, puede aparecer, una colección de líquido en el sitio en donde la grasa fue quitada. Esto es tratado generalmente drenando el líquido mediante aspiración con una aguja.
3. Infección: la infección es inusual después de este procedimiento. Si ocurre una infección, puede ser necesario un tratamiento adicional incluyendo la administración de antibióticos o la cirugía.
4. Cambio del aspecto: típicamente la grasa transferida pierde algo de su volumen en un tiempo y después se hace estable. Es posible que se necesiten más tratamientos para mantener el volumen deseado y el aspecto resultante. Menos comúnmente, si usted engorda de forma aparente, la grasa transferida puede aumentar de volumen y causar un aspecto no deseado. Es importante entender que puede ser necesario más de un tratamiento.
5. Firmeza y tumoración: mientras que la mayoría de los resultados de la transferencia de grasa resulta en una sensación natural, es posible que parte o toda la grasa puede llegar a notarse firme, dura o abultada. Si parte de la grasa no sobrevive puede resultar en necrosis grasa (muerte de la grasa transferida) causando firmeza, malestar o dolor. También se pueden formar quistes en el lugar de transferencia de la grasa. Se puede necesitar cirugía para mejorar tales condiciones.
6. Resultado insatisfactorio: hay, posibilidad de un resultado insatisfactorio resultando en deformidades visibles inaceptables, pérdida de función, dehiscencia de heridas, necrosis cutánea o pérdida de sensibilidad. Usted puede estar decepcionada con los resultados del procedimiento.
7. Necesidad de cirugía adicional: la mayoría de las veces, puede no ser posible alcanzar resultados óptimos con un solo procedimiento. Pueden ser necesarios múltiples procedimientos. Si ocurren complicaciones, pueden ser necesarios la cirugía u otros tratamientos. Aunque los riesgos y las complicaciones ocurren infrecuentemente, los riesgos citados arriba son los que se asocian particularmente a los procedimientos de la transferencia grasa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACIÓN O TRANSFERENCIA GRASA (LIPOFILLING)

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 **INFILTRACION O TRANSFERENCIA GRASA**

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 PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **INFILTRACION O TRANSFERENCIA GRASA**

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