

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## LIPOASPIRACION



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

Esta técnica consiste en la extracción de tejido graso sin resección de piel mediante cánulas finas que se introducen por incisiones muy pequeñas.

Existen dos mecanismos de liposucción : **a)** la llamada convencional en donde las cánulas luego de contactar con el tejido graso proceden a extraerlo mediante diferencias de presión; y **b)** la llamada ultrasónica en donde por medio del ultrasonido se produce una licuefacción de la grasa previo a su extracción.

Las regiones del cuerpo que se pueden tratar con este método son : abdomen, caderas, cara externa de muslos, cara interna de muslos, rodillas, tobillos, espalda, cuello y brazos.

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Modelado del contorno del cuerpo, mejorando la figura.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Tratamiento nutricionales y ejercicio intenso.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En el postoperatorio se debe guardar reposo durante 2 a 3 días y a veces más si la liposucción es muy extensa y es aconsejable el uso de fajas o medias compresivas en las zonas tratadas por 2 o 3 semanas.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Es un procedimiento voluntario, por lo que si no lo realiza no perjudicará su salud.

### RIESGOS FRECUENTES

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

**Hematomas y equimosis** en las zonas operadas que duran 10 a 15 días. A fin de minimizar estos efectos se debe suspender toda ingesta de aspirina, ibuprofeno, vitamina E, suplementos homeopáticos, hierbas medicinales desde 21 días previos y posterior a la cirugía. Es posible que se requiera el uso de fajas, calzas o vestimenta adecuada. Para tratar las equimosis se puede usar cremas antihematomas y tratamiento kinésico.

En caso de grandes hematomas puede requerir de reintervenciones quirúrgicas para lograr un mejor resultado. **Edema**, que puede persistir hasta 6 a 8 semanas del postoperatorio, por lo que no es conveniente suspender el uso de fajas y efectuar actividad deportiva hasta tanto el mismo haya desaparecido. **Infección**, por lo que es importante el baño prequirurgico con pervinox. No suspender la indicación de antibiótico hasta tanto el médico lo indique. En casos graves puede requerir otros procedimientos quirurgicos.

**Cambios en la pigmentación**, dependiendo de la respuesta de la piel, de cada individuo.

**Alteraciones sensitivas** que se recuperan entre los 4 a 6 meses. **Irregularidades del contorno.**

**Cicatriz inestética**, hipertrófica hipo o hiperpigmentada, ancha. No se puede garantizar su evolución dado que la cicatrización es un proceso que depende de cada organismo.

El cigarrillo disminuye el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno, afecta la microcirculación produciendo isquemia de los bordes de la herida retardando la cicatrización y alterando la calidad de la misma.

### RIESGOS POCOS FRECUENTES

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Sock hipovolémico, trombosis venosa profunda, problemas pulmonares, flebitis (0.8% - 1% )

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## LIPOASPIRACION

**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 **LIPOASPIRACION**

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 **LIPOASPIRACION**

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