Consentimiento informado

INCLUYE:

LIPOSUCCIÓN
LIPOSUCCIÓN ULTRASÓNICA (UAL)
LIPOSUCCIÓN ASISTIDA POR CHORRO DE AGUA (WAL)
LIPOSUCCIÓN ASISTIDA (PAL)
LIPOSUCCIÓN LÁSER (LAL)
LIPOSUCCIÓN VASER

©2021 American Society of Plastic Surgeons®. Se otorga a los compradores del *Recurso de consentimiento informado* una licencia limitada que les permite modificar los presentes documentos y reproducir la versión modificada para su uso únicamente en la práctica privada de los compradores. La American Society of Plastic Surgeons® se reserva todos los demás derechos. Los compradores no podrán vender ni permitir que terceros usen ninguna versión del *Recurso de consentimiento informado*, ninguno de los presentes documentos ni ninguna versión modificada de dichos documentos.

INSTRUCCIONES

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre la cirugía de liposucción, sus riesgos y el/los tratamiento/s alternativo/s disponible/s.

Es importante que lea la totalidad de esta información cuidadosamente. Ponga sus iniciales en cada página, indicando que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

INFORMACIÓN GENERAL

La liposucción es una técnica quirúrgica para quitar depósitos indeseados de grasa de zonas específicas del cuerpo, entre ellas, cara, cuello, parte superior de los brazos, tronco, abdomen, glúteos, cadera, muslos, rodillas, pantorrillas y tobillos. No reemplaza la reducción de peso, sino que es un método para eliminar depósitos localizados de tejido adiposo que no responden a la dieta ni al ejercicio. La liposucción se puede realizar como procedimiento principal para dar forma al cuerpo o combinada con otras técnicas quirúrgicas como el estiramiento facial, la abdominoplastia o procedimientos de estiramiento de muslos para tensar la piel y las estructuras de soporte flojas.

Los mejores candidatos para la liposucción son personas de peso relativamente normal que tienen exceso de grasa en zonas específicas del cuerpo. Una piel firme y elástica dará como resultado un mejor contorno final después de la liposucción. La piel que tiene menos tono debido a marcas de estiramiento, pérdida de peso o envejecimiento natural no se remodelará con los nuevos contornos y puede requerir técnicas quirúrgicas adicionales para eliminar y tensar el exceso de piel. Las irregularidades en el contorno del cuerpo debido a estructuras que no son grasa no pueden mejorarse con esta técnica. La liposucción por sí misma no mejorará zonas de piel con hoyuelos, conocidas como "celulitis".

La liposucción, también denominada lipectomía por succión, es un procedimiento quirúrgico realizado con un instrumento quirúrgico hueco de metal llamado cánula que se introduce mediante pequeñas incisiones en la piel y se va pasando por la zona con adiposidad. La cánula está conectada a una fuente de vacío, la cual succiona y quita el tejido adiposo.

En algunas situaciones, puede usarse una cánula especial que emite energía ultrasónica, energía láser o un chorro de agua para desarmar los depósitos de grasa. Según sus necesidades, el cirujano puede recomendar la lipectomía por succión sola o combinada con otra técnica.

Existen diferentes técnicas de cirugía plástica para realizar el procedimiento de liposucción y para efectuar los cuidados posoperatorios. La liposucción se puede realizar con anestesia local o general o con sedación. La técnica de liposucción tumescente incluye la infiltración de líquido con anestesia local y epinefrina diluidas en las zonas con adiposidad. Esta técnica puede reducir el malestar durante la cirugía, la pérdida de sangre y los moretones del período posoperatorio.

Se usan prendas y vendajes de compresión para controlar la inflamación y facilitar la cicatrización.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Entre otras formas de manejo, se incluye el no tratar las áreas con adiposidad. Seguir una dieta y realizar ejercicio físico puede ser beneficioso para la reducción general del exceso de grasa corporal. En algunos pacientes, puede ser necesario quitar directamente la piel y el tejido adiposo además de la liposucción. También se considera que el calor y el frío externos no quirúrgicos reducen la grasa. También puede ayudar un tratamiento con ácido desoxicólico. Las formas alternativas de tratamiento quirúrgico se asocian a riesgos y potenciales complicaciones.

 ____ Iniciales del paciente
©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

RIESGOS INHERENTES A LA CIRUGÍA DE LIPOSUCCIÓN

Todo procedimiento quirúrgico abarca determinados riesgos, y es importante que usted los comprenda, así como las posibles complicaciones asociadas. Además, todo procedimiento tiene limitaciones. La elección individual sobre someterse o no a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del riesgo y el potencial beneficio. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan estas complicaciones, es recomendable que las analice junto con su cirujano plástico, a fin de asegurarse de que comprende todas las posibles consecuencias de la liposucción.

RIESGOS ESPECÍFICOS DE LA CIRUGÍA DE LIPOSUCCIÓN

Selección del paciente:

Las personas con tono de piel deteriorado, problemas médicos, obesidad o expectativas poco realistas pueden no ser candidatas para la liposucción.

La liposucción en general:

Existe la posibilidad de que la presencia de grandes volúmenes de fluido que contengan anestésicos locales diluidos y epinefrina inyectada en los depósitos adiposos durante la cirugía contribuya a la sobrecarga de fluidos o a reacciones sistémicas a estos medicamentos. Puede ser necesario realizar un tratamiento adicional, incluso hospitalización.

Lipectomía ultrasónica, VASER y láser:

Entre los riesgos asociados a estas técnicas se incluyen los mencionados anteriormente y los siguientes riesgos específicos:

Quemaduras:

La energía puede provocar quemaduras y daños en los tejidos, ya sea en la zona de inserción de la cánula dentro de la piel o en otras zonas si la cánula toca la superficie inferior de la piel durante períodos prolongados de tiempo. Si ocurren quemaduras, puede ser necesario realizar un tratamiento adicional.

Fragmentación de la cánula:

La energía ultrasónica producida dentro de la cánula puede causar la desintegración (fragmentación) del instrumento quirúrgico. No se pueden predecir la presentación de este fenómeno ni sus efectos. Si esto ocurre, puede ser necesario realizar un tratamiento adicional, incluso cirugía.

Riesgos desconocidos:

Se desconoce el efecto a largo plazo en los tejidos y los órganos de la exposición a energía ultrasónica de corta duración y de alta intensidad. Existe la posibilidad de que se descubran factores de riesgo adicionales de la liposucción ultrasónica.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y que se responda a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.

_____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®.

CONSENTIMIENTO para CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO o TRATAMIENTO

1. Mediante la presente autorizo al Dr. ThomasJenebySample ya sus asistentes seleccionados a practicar una **liposucción**.

   He recibido la siguiente hoja informativa: **Liposucción.**

2. Reconozco que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o la anestesia, la presentación de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los descritos anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado ya sus asistentes o personas designadas a realizar dichos otros procedimientos, necesarios o convenientes, con base en su criterio profesional. La autoridad otorgada en este párrafo incluye todas las afecciones que requieran tratamiento, incluso a quellas que mi médico no conozca al momento de iniciado el procedimiento.

3. Doy mi consentimiento a la administración de anestésicos considerados necesarios o convenientes. Comprendo que todas las formas de anestesia entrañan riesgos y la posibilidad de complicaciones, lesiones y hasta la muerte.

4. Comprendo lo que mi cirujano puede o no hacer, y comprendo que no se pueden garantizar resultados de forma implícita ni específica. He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objeti vos son realistas y cuáles no. Se ha respondido a todas mis preguntas, y comprendo los riesgos inherentes (específicos) a los procedimientos que deseo, así como los riesgos y complicaciones, beneficios y alternativas adicionales. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder.

5. Doy mi consentimiento a la toma de fotografías o a la televisación antes, durante o luego de la/s operación/es o procedimiento/s a realizar, lo que incluye partes adecuadas de mi cuerpo, para fines médicos, científico s o educativos, siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.

6. Con fines de avanzar en la educación médica, doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones.

7. Doy mi consentimiento a la eliminación de tejidos, dis positivos médicos, o partes corporales que se extraigan.

8. Soy consciente de que la utilización de productos sanguíneos conlleva riesgos potenciales significativos a mi salud, y doy mi consentimiento a su utilización siempre que mi cirujano y/o sus asistentes lo consideren necesario.

9. Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a las agencias pertinentes para fines de informe legal y registro de dispositivos médicos, si es aplicable.

10. Comprendo que los honorarios del cirujano son separados de los cargos de anestesia y hospitalarios, y estoy de acuerdo con dichos honorarios. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, este conllevará gastos adicionales.

11. Me doy cuenta de que tengo la opción de no realizar la operación. Re nuncio a este procedimiento _____.

12. SE ME HA EXPLICADO LO SIGUIENTE EN TÉRMINOS QUE PUEDO ENTENDER:
    a. EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTEDICHO QUE SE REALIZARÁ
    b. LAS POSIBLES OPCIONES DE PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS
    c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y A LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE (1-12)
ESTOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN OFRECIDA.

_____

Paciente o persona autorizada a firmar en su lugar

Fecha/hora_____ Testigo _____

_____ **Iniciales del paciente**

©2021 American Society of Plastic Surgeons®