

Consentimiento Informado para Abdominoplastia y Dermolipectomía Abdominal

Introducción: La abdominoplastia y la dermolipectomía abdominal es la corrección de los excesos de grasa y piel localizados en la pared anterior del abdomen, y que tensa los músculos de la pared abdominal; puede combinarse con otras formas de cirugía del contorno corporal incluida la liposucción. No es un tratamiento quirúrgico del sobrepeso. Los individuos obesos que tienen intención de perder peso deben posponer cualquier clase de cirugía del contorno corporal hasta que sean capaces de mantener su peso estable.

Normalmente se realiza mediante una incisión practicada en la parte inferior del abdomen, por encima del vello púbico y que llega hasta ambas caderas. Con esto se libera la piel del abdomen y así puede descender, realojando el ombligo en una nueva posición.

Generalmente es necesario corregir los tejidos subyacentes (aponeurosis y músculo) para restaurar la tensión de la pared abdominal. Se reconstruye en tres planos: extirpación de la piel sobrante, remodelación de la grasa, ayudados o no de liposucción, y plicatura de los músculos rectos abdominales.

Riesgos:

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Lesión de Estructuras Profundas: Como vasos sanguíneos, músculos y particularmente nervios, temporal o permanente.

Infección.

Cambios en la sensibilidad cutánea: Temporales o permanentes.

Pueden darse **cicatrices anormales** tanto en la piel como en los tejidos profundos.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

Irregularidades del contorno de la piel.

Asimetría.

Seroma (cúmulos de fluido).

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia.

Necesidad de Cirugía Adicional.

Ombligo: Puede ocurrir mal posición, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida de ombligo.

Dolor crónico: Por compresión de nervios sensitivos dentro del tejido cicatricial.

Embolias: En miembros inferiores o a nivel pulmonar por la duración de este tipo de cirugía, que eventualmente puede conducir a la muerte.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: Las formas alternativas de tratamiento consisten en no tratar las áreas de piel flácida y cúmulos grasos. La liposucción puede ser una alternativa quirúrgica a la abdominoplastia/dermolipectomía si existe buen tono elástico de la piel y cúmulos grasos abdominales localizados en un individuo de peso normal. La dieta y el ejercicio pueden ser beneficiosos para una reducción global del exceso de grasa corporal.

Responsabilidad financiera: El costo de la cirugía incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar Abdominoplastia/Dermolipectomía Abdominal
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y su mantenimiento a largo plazo.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después de la cirugía y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos quirúrgicos o procedimientos para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmo que la cirugía, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____