

Consentimiento Informado para Lifting de Muslos

Introducción: El lifting de muslos es un procedimiento quirúrgico dirigido a embellecer la forma y aumentar la tensión de la piel de los muslos para mejorar el contorno corporal de una mujer u hombre que piense que la piel de sus muslos está descolgada o para corregir una reducción en el volumen de las piernas y muslos tras una reducción importante de peso. Se realiza traccionando la piel tanto en sentido superior como medial, se intenta dar más tensión a la piel distendida del muslo y elevar el tejido descolgado. Puede ser realizado como un procedimiento aislado o en combinación con otras técnicas quirúrgicas como abdominoplastia, liposucción, etc.

El método de realizar la tracción de la piel del muslo depende de su anatomía, de sus problemas y de la recomendación del doctor. La incisión puede ser hecha en la cara interna del muslo cerca de la ingle, puede ser necesario llevarla al pliegue glúteo o a la cara interna del muslo. En el lifting de muslos y glúteos puede ser necesario hacerla circular. No olvide sin embargo que las incisiones serán proporcionales a la cantidad de piel sobrante, y que para eliminarla no hay otra forma posible que realizar cicatrices. La elección se hace con el objetivo de que la incisión esté colocada de forma que las cicatrices sean lo menos visibles posible.

Riesgos:

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea) que no está bien controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

Infección.

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.

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

Asimetría.

Irregularidades del contorno de la piel.

Resultado Insatisfactorio.

Cambios en la sensibilidad cutánea: Temporales o permanentes.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

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

Seroma(cúmulos de fluido).

Embolias: A nivel de 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: Dentro de las opciones alternativas se encuentran la no realización del lifting de muslos, liposucción de áreas seleccionadas, lipectomías

selectivas mediante un abordaje abierto, o técnicas de liposucción asistidas, no mejorando con éstas últimas la ptosis (caída) de los tejidos.

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 Lifting de Muslos
- 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) Confirmando 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: _____