

DR DIEGO POLANCO
CIRUGÍA PLÁSTICA – ESTÉTICA -REPARADORA

Col. Nº 25783-4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIFTING BRAZOS-BRAQUIOPLASTIA-DERMOLIPECTOMIA DE BRAZOS

NEGATIVA DE INFORMACIÓN (rellenar sólo si el paciente no desea ser informado)

* No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero **SÍ** acepto la realización de dicho procedimiento o intervención.

* No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:

.....

Firma paciente

RUT nº:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO

RUT:

Es importante que lea este documento en su totalidad, firmando como muestra de ello cada una de las hojas de que está compuesto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La braquioplastia o dermolipectomía braquial es un procedimiento quirúrgico que permite eliminar los excesos de piel y grasa subcutánea de la cara interna de brazos y axila. No puede considerarse un tratamiento quirúrgico del sobrepeso. Los individuos obesos que han sido sometidos a procedimientos bariátricos deberán posponer cualquier clase de cirugía del contorno corporal hasta conseguir mantener estable su pérdida de peso durante un tiempo mínimo de 18-24 meses.

La braquioplastia se realiza bajo anestesia general. La incisión se localiza a nivel de cara interna de brazo y se extiende hacia codo y, dependiendo del caso puede ser necesario extenderla hacia axila e incluso tórax.

Estas operaciones conllevan una pérdida de sangre que puede hacer necesaria una transfusión de sangre. Es frecuente la utilización de drenajes aspirativos que se colocan en quirófano y se mantienen unos días en el postoperatorio, y es necesario el uso de una prenda de presoterapia o vendaje semicompresivo durante un tiempo que puede oscilar entre uno y tres meses.

CONSECUENCIAS:

Las derivadas de la presencia de cicatrices amplias.

RIESGOS:

- Hemorragia o hematoma (acúmulo de sangre). Puede requerir una reintervención para coagular los vasos sanguíneos que sangran, drenajes, y/o transfusión de sangre.
- Seroma (acúmulo de suero). Puede requerir punciones repetidas para drenaje del fluido.
- Infección. Puede ser necesario tratamiento antibiótico y cirugía adicional.
- Cambios en la sensibilidad cutánea: la disminución (o pérdida) de la sensibilidad cutánea en la zona de cara interna de brazos puede no recuperarse totalmente.
- Irregularidades del contorno o fruncimiento visible y palpable de la piel.
- Sufrimientos y pérdidas parciales de piel. Esta complicación puede requerir para su tratamiento la realización de intervenciones complementarias de cierre cutáneo.
- Dehiscencia. Puede ocurrir que las heridas se abran o que las cicatrices se ensanchen.
- Anomalías en la cicatrización con presencia de cicatrices inestéticas, atróficas, hipertróficas, queloides o de color diferente al de la piel circundante.
- Asimetría. Factores como el tono elástico de la piel y depósitos grasos pueden contribuir a que aparezcan diferencias entre ambos brazos.
- Reacciones alérgicas locales a esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones alérgicas generalizadas, que son más serias, pueden producirse por medicaciones usadas durante la cirugía o en el postoperatorio. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- Dolor. Es infrecuente el dolor crónico tras una braquioplastia como consecuencia de atrapamiento de nervios en tejido cicatricial.
- Necrosis grasa. Puede dar lugar a irregularidades en la piel y en el contorno corporal.
- Daño de estructuras profundas. Como nervios, vasos, músculos, etc.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:

No intervenir

Declaraciones y firmas:

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

1. Por la presente autorizo a la Dr POLANCO y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: _____

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al Dr. POLANCO y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

4. Me ha sido explicado de forma comprensible y en detalle:

- a. El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- b. Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- c. Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

5.-Soy consciente de que la práctica de la Cirugía, incluida la Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, no es una ciencia exacta y que por tanto, aunque cabe esperar que los resultados sean satisfactorios no me han sido dadas garantías respecto a los resultados ni a las posibles complicaciones.

6.-Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

7.-El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas o no de la cirugía. En caso de cirugía secundaria, los cargos relacionados con la clínica y anestesia corren por cuenta del paciente.

8.-Asimismo, designo como representante mío a D.
y a D. para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.

9.-Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

9. Asimismo, y con finalidad docente y para promover el avance del conocimiento médico, autorizo la fotografía, grabación u otro tipo de observación del procedimiento, siempre con respeto a mi intimidad, de manera que mi identidad permanezca anónima, siendo propietario el DR POLANCO de las fotografías, cintas de vídeo y soportes digitales.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En a de de 20....

**Firma del Paciente
(o representante legal)**

Firma del Cirujano Plástico

Fdo.: D./D^a.
(nombre y apellidos)

Fdo.: Dr./Dra.
(nombre y apellidos)

C.I.: