**Cirugía Post-bariátrica**

(Incluye mamoplastia, abdominoplastias, lifting de muslos, braquioplastia)

Formulario de información y consentimiento informado escrito para cirugía en paciente postbariátrico

Yo, Don/ Doña …………………………………………………………………………………….

Nacionalidad ………………………………………………

Rut o Pasaporte……………………………………………….

Domicilio…………………………………………………….

Fecha y hora……………………………………………………

Declaro que el/la Dr (a) ………………………………………………………………………

Me ha explicado mi diagnóstico y/o modificaciones anatómicas a ser corregidas

…………………………………………………………………………………………………

y que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Los siguientes puntos me han sido claramente aclarados:

1.En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los resguardos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.

2.Todos los pacientes fumadores tienen un riesgo incrementado de complicaciones y sufrimiento de la piel en la región operada.

3.Las complicaciones que pueden originarse por intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, trastornos de la sensibilidad nerviosa, tejido cicatricial anormal, infección, necrosis, trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, etc.

4.En mi caso en particular además poseo los siguientes riesgos:

 …………………………………………………………………………………………………….

Los pacientes postbariátrica poseen características únicas que los predisponen a un mayor riesgo de complicaciones que la población general. La obesidad y posteriormente la pérdida masiva de peso genera una mala calidad de tejidos dérmicos, con proteínas y fibras elásticas sin capacidad de retracción y alteraciones en la cicatrización. Además, los vasos sanguíneos superficiales de mayor diámetro y extensión, los hacen más propensos a hemorragias intra y postoperatorias. Por último, dependiendo del tipo de cirugía bariátrica realizada, son habituales los déficits nutricionales que precisan diagnóstico y tratamiento antes de realizarse una cirugía plástica, para evitar alteraciones en la cicatrización y anemias significativas.

Todos los procedimientos quirúrgicos pretenden eliminar el exceso de piel y tejido graso excedentes de diferentes áreas corporales, algunas con mayores riesgos que otras, pero que como objetivo retornan la forma y las proporciones corporales a parámetros más aceptables.

La cirugía postbariátrica, en general, está indicada en pacientes que han sufrido cambios de peso en que hay una caída mayor de los tejidos con pérdida de elasticidad de la piel o para mejorar el contorno corporal.

La incisión para la tracción y resección de tejido sobrante se realiza siguiendo los vectores o fuerzas de tensión de la piel, pudiendo necesitar incisiones verticales y/o horizontales para lograr un efecto de “Lifting” o levantamiento de tejidos y de “Tightening” o apretamiento de tejidos. Es así, como, por ejemplo, en el muslo se realizan cerca de la región de la ingle, pero puede ser necesario ampliarla también hacia el pliegue glúteo o realizar además una incisión vertical hacia abajo en la cara interna del muslo. O en el abdomen donde se realiza una incisión horizontal inferior circunferencial (bajo la línea de la ropa íntima), pero además puede precisar una incisión vertical en su línea media. Las incisiones serán proporcionales a la cantidad de piel sobrante. En ocasiones el procedimiento puede requerir una lipoaspiración de la zona para ayudar a la tracción y acomodación de los colgajos.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o de hemoderivados.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, entre otras) o particulares del tipo de cirugía, las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.)

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien la posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con cirugia postbariatrica, la decisión del individuo de someterse a una cirugía se basa en la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, Ud., debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles del Lifting de Muslos, entre otras:

Las complicaciones más frecuentes son la apertura de la herida (dehiscencia) con un porcentaje de aproximado de 10 a 18% y el Seroma (acumulación de líquido en la zona de la cirugía) con una frecuencia descrita de aproximadamente 8 a 10%.

* Retardo en la cicatrización: la apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar los tejidos no curados. Los fumadores, inmunodeprimidos, posbariátrica, portadores de biopolímeros tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.
* Seroma: Podría producirse acumulación anormal de líquido debajo de la piel en las zonas intervenidas.
* Infección: si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
* Cambios en la sensibilidad cutánea: la disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona cercana a las incisiones puede no recuperarse del todo después de la cirugía.
* Cicatrización cutánea: en algunos casos pueden producirse cicatrizaciones anormales, estas pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para la adecuada cicatrización, incluyendo nueva cirugía. Con el paso del tiempo y dependiendo de su anatomía podrá producirse una tracción por gravedad de las cicatrices y finalmente descender de su posición original cercana a la ingle.
* Hemorragia: si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o, transfusión de sangre. No debe tomar antiinflamatorios o aspirina desde 10 días antes de la cirugía, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado.
* Asimetría: puede no conseguirse una apariencia de simetría corporal con el Lifting de Muslos (que un lado sea totalmente igual al otro). Algunos factores como el tono elástico de la piel, depósitos localizados de grasa, prominencias de los huesos, y tono muscular pueden contribuir a una diferencia en los rasgos corporales.
* Efectos a largo plazo: alteraciones subsiguientes en el contorno corporal pueden producirse cono resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso.
* Dolor: es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos por atropamiento dentro del tejido cicatricial, después de un Lifting de Muslos. Pueden requerirse procedimientos adicionales para la solución de dicha complicación.
* Otros: usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía, puede ser necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados y facilitar la adaptación de la piel.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien la posibilidad es muy infrecuente para este.

Entiendo que, actualmente y producto de la presencia del coronavirus (CoV2) y de la enfermedad COVID 19 las tasas de mortalidad son aún mayores en presencia de esta infección, que puede estar presente a pesar de no tener síntomas clínicos y haberse realizado exámenes de pesquisa (PCR o inmunoglobulinas). Asumo estos riesgos agregados por la pandemia existente y sus riesgos asociados a este procedimiento quirúrgico.

También me han indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, y doy fe de no haber omitido o alterado datos clínico-quirúrgicos. También me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención.

Acepto cooperar con los cuidados postoperatorios indicados por el cirujano y su equipo, hasta poseer el alta médica definitiva. Se me ha explicado que las redes sociales como WhatsApp, Facebook, Instagram y otras formas de comunicación no son medios aptos para un control postoperatorio y no reemplazan la consulta y evaluación médica presencial ante cualquier complicación, duda en el tratamiento o modificación de este. Que pueden ser utilizadas con el consentimiento del médico en horario hábil, pero que no lo obligan a una respuesta inmediata. Los canales o recursos adecuados para cualquier eventualidad continúan siendo los controles médicos agendados, la unidad de emergencia correspondiente y la comunicación con el médico tratante vía telefónica por la institución que está prestando el servicio, el profesional de urgencia que está ejerciendo la atención o eventualmente el paciente.

Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, acepto que escapa de las posibilidades del cirujano garantizar dichos resultados.

Entiendo que la cirugía va a producir cambios en mi cuerpo y estos cambios pueden alterar la percepción que tengo de mí mismo y la percepción que los demás tienen sobre mi. Comprendiendo que el objetivo de estos cambios es que sean benéficos para mi persona, pero acepto que las percepciones son algo subjetivo e influenciados por el medio y los estados psicológicos o mentales de cada persona, por lo cual, la percepción de la belleza, armonía y/o estética pueden ser algo completamente diferente entre distintos individuos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me permitió realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención. Si existe algún tratamiento específico que no pueda ser aplicado especifíquelo.

\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso, antes, durante y después del tratamiento; y para que el material obtenido pueda ser exhibido con fines científicos, académicos, etc.; a condición de que mi identidad no sea revelada.

\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar los resultados en medios sociales, o web, a condición de que mi identidad no sea revelada, pudiendo en cualquier momento pedir revertir esta autorización sin desmedro de deteriorar la relación médico – paciente.

Yo, Don / Doña……………………………………………………………………. autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT o pasaporte …………………………………………

Firma………………………………………… Testigo …………………………………………….

Apellidos y nombre del profesional …………………………………………………………………

RUT o pasaporte …………………………………….

Firma ………………………………………………

Fecha ……………………………………………….

**Renovación del Consentimiento**

Yo, Don / Doña ……………………………………………………………………de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos del paciente y/o representante legal

RUT o pasaporte ………………………………………………

Firma ……………………………………………

Fecha …………………………………………….