

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE LIFTING DE BRAZOS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Cirugía de Lifting de Brazos o Braquioplastia, mediante este procedimiento se pretende eliminar el exceso de piel y tejido graso de la cara interna de los brazos. 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 del brazo. La incisión para la resección de tejido sobrante se realiza en general en la región axilar ampliada hacia la cara interna del brazo.

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 acomodación de los colgajos.

Habitualmente se requieren tratamientos postoperatorios para optimizar los resultados de la cirugía (kinesioterapia y prendas compresivas) que constituyen un costo adicional para el paciente.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias,

insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Las complicaciones más frecuentes son:

- **Retardo en la cicatrización:** la apertura de la herida (dehiscencia) 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 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
- **Problemas con los puntos:** Los puntos reabsorbibles internos pueden salir hacia a superficie de la piel y, en ese caso ser necesario retirarlos. Esto puede causar inflamación de la zona afectada y alteración de la cicatriz
- **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 Brazos (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 como resultado del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso.
- **Dolor:** es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos por atrapamiento dentro del tejido cicatricial, después de un Lifting de Brazos. 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.

En Cirugía Plástica siempre está dentro de las posibilidades la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos complementarios o "retoques" para alcanzar un mejor resultado sin ser considerados una complicación. Esto significara un gasto adicional para el paciente.

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

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía Lifting de Brazos** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA LIFTING DE BRAZOS, por el Dr.(a)_____.
DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)