

Cirugía Plástica

Lipoescultura - Cirugía Estética y Reconstructiva - Medicina Estética

CONSENTIMIENTO INFORMADO para IMPLANTES DE PANTORRILLA Y/O CARA INTERNA DE MUSLOS, con prótesis de gel de silicona - Dr. José Carlos Zapata Díaz

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por el Dr. José Carlos Zapata Díaz, Médico Cirujano Plástico con Colegio Médico del Perú N° 22414 y Registro Nacional de Especialista N° 10529, para ayudar a informarle sobre los IMPLANTES DE PANTORRILLA Y/O CARA INTERNA DE MUSLOS, con prótesis de gel de silicona, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTRODUCCION

Los **IMPLANTES DE PANTORRILLA, con prótesis de gel de silicona**, es una procedimiento quirúrgico destinado a aumentar el volumen de la zona del musculo gemelo interno y tercio superior en su continuidad en la formación del tendón de Aquiles, en una proyección natural de la cara postero-interna de la pierna y/o

Los **IMPLANTES DE CARA INTERNA DE MUSLOS, con prótesis de gel de silicona**, en el mejoramiento de la curvatura o separación de la cara interna de los muslos generalmente del tercio medio, por una serie de motivos:

1. Para mejorar el contorno sea de la zona de la pierna "pierna muy delgada" y/o una exagerada curvatura o deficiente desarrollo muscular de la cara interna de los muslos o déficit del tejido graso.
2. Como técnica reconstructiva en determinadas situaciones, traumatismos, secuelas de Poliomieltitis, etc.

Existen dos tipos de implantes: los simétricos, es decir que tiene la forma un fuso (los extremos delgados exactamente iguales y la mayor proyección la tienen en el tercio medio) y los implantes asimétricos, es decir un lado del implante tiene la mayor proyección y volumen y el lado opuesto mas delgado.

El Dr. Zapata me ha explicado en forma detallada y clara las indicaciones de cada una de ellas y hemos considerado que la mas adecuada en mi caso es Implante para la pierna en la proyección del musculo gemelo interno de volumencc, con las siguiente dimensiones: largo.....cm, ancho.....cm, y proyección decm, de la marca y hemos considerado que la mas adecuada para aumentar el volumen de la cara interna del muslo es Implante de volumencc, con las siguiente dimensiones: largo.....cm, ancho.....cm, y proyección decm, de la marca

La técnica para la colocación de implantes de pantorrillas, se realiza previo marcado de la proyección del musculo gemelo interno y tercio superior de la proyección aponeurótica del tendón de Aquiles, en posición supina, tanto con el musculo relajado como contraído, ya en sala de operaciones, seguido de la fase anestésica y de asepsia de la zona operatoria, se realiza una incisión en el pliegue posterior de la rodilla hasta la visualización y sección de la fascia superficial y profunda del estuche del musculo gemelo interno, se realiza un bolsillo mediante disección roma previamente delimitado y seguidamente se coloca el implante asimétrico, pudiendo colocarse o no drenes espirativos.

La técnica para la colocación de implantes de cara interna de muslos tercio medio, se realiza previo marcado del defecto a corregir o curvatura a mejorar, en posición supina, ya en sala de operaciones, seguido de la fase anestésica y de asepsia de la zona operatoria, se realiza una incisión en el pliegue infra-glúteo, lado medial, hasta la visualización y sección de la fascia superficial y profunda del estuche del musculo recto interno, se realiza un bolsillo a nivel interfascicular del estuche del recto interno y abductores y seguidamente se coloca el implante simétrico, pudiendo colocarse o no drenes espirativos.

Paciente sale de sala de operaciones con prenda elástica compresiva

Paciente: _____ Firma _____ (1 de 3)

Cirugía Plástica

Lipoescultura - Cirugía Estética y Reconstructiva - Medicina Estética

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Las formas alternativas de tratamiento puede ser lipo-transferencia (lipoimplante u otro nombre similar) técnica quirúrgica que de acuerdo a mi experiencia y conocimiento no es el adecuado.

RIESGOS DE LOS IMPLANTES DE PANTORRILLA Y/O CARA INTERNA DE MUSLOS, con prótesis de gel de silicona

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a los IMPLANTES DE PANTORRILLA Y/O CARA INTERNA DE MUSLOS, con prótesis de gel de silicona. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el 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 complicaciones potenciales y consecuencias de la intervención.

Sangrado: Es posible, aunque muy raro, que se presente un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera, podría requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada. No debe tomar aspirina y en general antiinflamatorios, así como el te verde, preparados de Ginkgo Biloba, medicamentos homeopáticos y la vitamina E, aumentan el riesgo de sangrado por lo que se le pedirá que no los tome desde 7-10 días antes de la cirugía. Si toma anticoagulantes debe informárselo a su médico durante la cita inicial. La hipertensión que no esta bien controlada medicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los acúmulos de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

Infección: La infección es extremadamente raro, tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos ó tratamiento adicional e incluso de ser necesario el retiro de los implantes.

Cicatrización: Aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico pueden darse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal. Es muy importante protegerse del sol durante los primeros seis meses después de la cirugía.

Asimetría. Es poco frecuente, pero los implantes son colocados en espacios rodeados por músculos esqueléticos que dependiendo de la actividad física del paciente estos pueden movilizarse y/o evidenciar una silueta el movimiento.

Anestesia. Tanto la anestesia local, como la anestesia regional o general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Lesión Nerviosa. Algunos nervios sensitivos pueden ser desplazados y/o "maltratados" durante la operación de IMPLANTES DE PANTORRILLA Y/O CARA INTERNA DE MUSLOS, con prótesis de gel de silicona. Las lesiones de los nervios pueden ocasionar perdida temporal o permanente de sensibilidad en el trayecto del nervio afectado. Estas lesiones mejoran con el tiempo. Es extremadamente rara la perdida de sensibilidad permanente.

Dolor crónico. Un dolor crónico puede ocurrir muy infrecuentemente

Resultado insatisfactorio. Existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio. Esto podría incluir riesgos como deformidades inaceptables visibles, apertura de la herida y perdida de sensibilidad. Usted puede estar insatisfecho con los resultados de la cirugía.

Paciente: _____ Firma _____ (2 de 3)

Cirugía Plástica

Lipoescultura - Cirugía Estética y Reconstructiva - Medicina Estética

Reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son mas graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE

Paciente: _____ Firma _____ (3 de 3)



Cirugía Plástica

Lipoescultura - Cirugía Estética y Reconstructiva - Medicina Estética

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

1. Por la presente autorizo al Dr. José Carlos Zapata Díaz, para que realice el siguiente procedimiento o tratamiento quirúrgico:
2. Así mismo de requerir anestesia general, autorizo al Dr., medico anesthesiologo con CMPy RNE, para que aplique la técnica y anestesia y/o anestésicos, que para mi cirugía sea la más conveniente y que previamente me ha explicado en forma detallada y a absuelto todas mis preguntas al respecto. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de grados variables de complicaciones.
3. He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: "Consentimiento informado para IMPLANTES DE PANTORRILLA Y/O CARA INTERNA DE MUSLOS, con prótesis de gel de silicona".
4. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.
5. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
6. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones de grado variable.
7. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido, todo acto quirúrgico es un acto medico no una ciencia exacta.
8. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
9. Me ha sido explicado en forma comprensible:
 - a) El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar
 - b) Los procedimiento alternativos o métodos de tratamiento
 - c) Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto
10. La localización de la cicatriz.

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA

SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHA(O) CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN.

Fecha: Lima,dedel 201...

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Nombre:.....
Paciente

Nombre:.....
Testigo

Dr. José Carlos Zapata Díaz
Cirujano Plástico