

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN	CODIGO	ASG-03-F15
		VERSIÓN	4
		VIGENCIA	27/08/2024
		1 de 6	

Este documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudarle a su cirujano plástico a informarle sobre la Liposucción, sus riesgos y sus tratamientos alternativos, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención. Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor firme en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme al final si está usted de acuerdo, el consentimiento para la cirugía propuesta por el Dr. Luis Yesid Martínez Laguna. Médico tratante.

I. INTRODUCCIÓN

La liposucción es una técnica quirúrgica para eliminar depósitos de grasa inestéticos de determinadas áreas del cuerpo, incluyendo cara y cuello, brazos, tronco, abdomen, nalgas, caderas y muslos, rodillas, pantorrillas y tobillos. La liposucción no es un sustituto de la reducción de peso, sino un método para eliminar depósitos localizados de tejido graso que no responden a la dieta o el ejercicio. La liposucción puede ser realizada como un procedimiento primario para mejorar el contorno corporal, o en combinación con otras técnicas quirúrgicas, como lifting facial, abdominoplastia, o lifting de muslos, para tensar la piel relajada y estructuras de soporte.

El mejor candidato para una liposucción es el individuo de peso relativamente normal que posee un exceso de grasa en áreas determinadas del cuerpo. Una piel firme y elástica lleva a un mejor contorno final después de la liposucción. La piel colgante no se readapta por sí misma al nuevo contorno, y puede requerir técnicas quirúrgicas adicionales para eliminar y tensar el exceso de piel. Las irregularidades del contorno corporal debidas a estructuras diferentes de la grasa no pueden ser mejoradas con liposucción. La liposucción por sí misma no mejora las áreas de piel irregular conocida como celulitis.

Hay una variedad de técnicas diferentes usadas por los cirujanos plásticos para la lipectomía asistida por succión y los cuidados tras la cirugía. Su cirujano puede recomendarle el extraer una unidad de su propia sangre que podría ser utilizada si fuera necesaria una transfusión sanguínea después de la cirugía.

II. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Las formas alternativas de manejo pueden consistir en no tratar las áreas de depósito de grasa. Los regímenes de dieta y ejercicio pueden ser beneficiosos en la reducción global del exceso de grasa corporal. La eliminación directa del exceso de piel y tejido graso pueden ser necesaria además de la liposucción en algunos pacientes. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas alternativas de tratamiento.

III. RIESGOS DE LA LIPOSUCCION

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la liposucción. La decisión individual de someterse a una intervención se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la liposucción.

Hemorragia: es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante y después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina, omega, Ginkgo Biloba, vitamina E, Herbalife y similares desde 7 días antes de la cirugía, puesto que ello podría aumentar el riesgo de sangrado.

Selección de pacientes: los individuos con tono pobre de piel, problemas médicos, obesidad o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para la liposucción.

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN	CODIGO	ASG-03-F15
		VERSIÓN	4
		VIGENCIA	27/08/2024
		2 de 6	

Sangrado: es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.

Infección: la infección después de este tipo de cirugía es rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional incluyendo antibióticos o cirugía.

Cambios en la sensibilidad cutánea: pueden ocurrir cambios temporales en la sensibilidad cutánea después de una liposucción, que habitualmente se resuelven. La disminución o pérdida completa de la sensibilidad cutánea ocurre infrecuentemente y pueden no resolverse totalmente.

Cicatrización: aunque se espera una buena curación después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. En casos raros pueden darse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo cirugía para tratar la cicatrización anormal.

Irregularidades del contorno de la piel: pueden ocurrir irregularidades del contorno y depresiones de la piel después de una liposucción. Pueden darse un plegamiento visible y palpable de piel. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo cirugía para tratar irregularidades del contorno de la piel tras una liposucción.

Asimetría: pueden no conseguirse un aspecto simétrico del cuerpo tras la liposucción. Factores como el tono de la piel, prominencias óseas, y tono muscular, pueden contribuir a una asimetría normal en los rasgos corporales.

Shok quirúrgico: es raras circunstancias, este procedimiento pueden causar un trauma severo, particularmente cuando se succionan áreas múltiples o extensas en un mismo tiempo. Aunque son infrecuentes las complicaciones serias o una pérdida de fluidos, si ocurre un show quirúrgico después de una liposucción, pueden necesitarse hospitalización y tratamiento adicional incluyendo unidad de cuidado intensivo.

Complicaciones pulmonares: Las complicaciones pulmonares pueden presentarse en forma secundaria debido a coágulos de sangre (embolias pulmonares), depósitos de grasa (embolias grasosas) o colapso pulmonar parcial después de anestesia general. La embolia pulmonar puede tener riesgo de muerte o ser fatal en algunas circunstancias. Si esta llegase a ocurrir puede necesitarse tratamiento adicional, hospitalización o UCI.

Seroma: Los cúmulos de fluido ocurren infrecuentemente en áreas donde se ha realizado liposucción. Pueden ser necesarios tratamientos adicionales o cirugía para drenar los cúmulos de fluido.

Efectos a largo plazo: pueden ocurrir alteraciones posteriores en el contorno corporal como resultado del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo u otras circunstancias no relacionadas con la liposucción.

Reacciones alérgicas: Algunos casos han sido reportados alergias locales al adhesivo, material de sutura, o preparaciones tópicas. Las reacciones sistémicas, que pueden ser más serias, pueden ocurrir debido a fármacos usados durante la cirugía o prescripciones médicas, las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

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

IV. SEGUROS DE SALUD

La mayoría de las EPS excluyen la cobertura de operaciones de cirugía plástica estética, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de ellas. Hay compañías de Seguros que ofrece la Póliza de gastos médicos por complicaciones quirúrgicas derivadas de la cirugía Plástica y tratamientos estéticos, por lo que se le sugiere adquirir

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN	CODIGO	ASG-03-F15
		VERSIÓN	4
		VIGENCIA	27/08/2024
		3 de 6	

la Póliza a través de compañías de seguro o destinar un aporte para el fondo para complicaciones de cirugía que ofrece la IPS.

V. NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL

Existen diversidad de condiciones variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la cirugía liposucción. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están asociados con la liposucción. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. Infrecuentemente se necesita cirugía adicional para mejorar los resultados que pueden obtenerse.

VI. RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS

El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados conforme a lo contratado con su cirujano, donde puede incluir (honorarios del cirujano, honorarios de anestesiólogo, el costo de los materiales quirúrgicos, anestesia y posibles cargos de la clínica). Los cargos por cirugías secundarias o complicaciones serán asumidos en su totalidad por la paciente o por la póliza de seguros de complicaciones quirúrgica o el fondo para complicaciones de cirugía ofrecido por la IPS, si fue adquirida.

VII. RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente cubrirá las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento del médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Este será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y está sujeto a cambios puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

VIII. HALLAZGOS PARTICULARES

Hacen referencia a alguna característica o condición física que pueda variar o influir sobre la táctica quirúrgica a ser utilizada, como asimetrías, ausencia o presencia de elementos anatómicos, cicatrices previas, cirugías previas en el mismo sitio a ser operado, alteraciones de la piel, patologías de base, cicatriz final esperada, sobrepeso u obesidad y por ende condicionar el resultado final en el postoperatorio:

Me han sido explicados mis hallazgos particulares y firmo este documento con pleno conocimiento y en total concordancia con los mismos y con las variaciones que estos puedan condicionar sobre la táctica quirúrgica, su evolución y el aspecto final del (as) áreas operadas, según el planteamiento de mi médico tratante.

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN	CODIGO	ASG-03-F15
		VERSIÓN	4
		VIGENCIA	27/08/2024
		4 de 6	

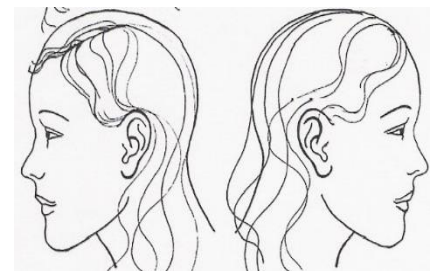
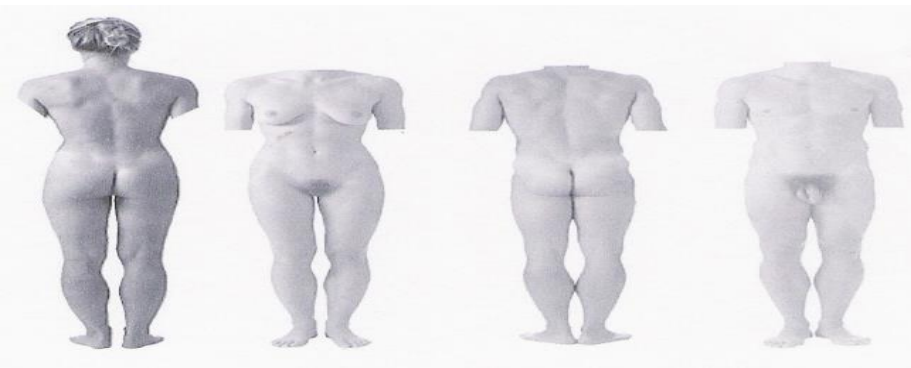
ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO.

IX. CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

1) Por la presente Yo _____ mayor de edad, identificado con _____ No. _____, autorizo al Dr. Luis Yesid Martínez Laguna y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: LIPOSUCCION

en la CLINICA ALEJANDRIA de Neiva, o en mi representado _____

- 2) He leído comprendido y firmado las páginas del presente “consentimiento informado para procedimiento de Liposucción”.
- 3) 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.
- 4) 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 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 condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
- 5) 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 y a veces la muerte.
- 6) **COMPRENDO** que el fin de la intervención que he solicitado es **MEJORAR LA APARIENCIA**, existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda ser el no esperado por mí. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. **RECONOZCO QUE NO SE ME HA DADO EN ABSOLUTO TAL GARANTÍA.**
- 7) Doy el consentimiento para ser 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. También autorizo la grabación de la cita para firma de consentimientos.
- 8) Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.
- 9) LOCALIZACION DE CICATRICES:



Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN	CODIGO	ASG-03-F15
		VERSIÓN	4
		VIGENCIA	27/08/2024
		5 de 6	

X. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

Doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento a qui descrito, y para los puntos citados en el Numeral **IX**, excepto el punto numero_____

Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en libertad de expresar mi libre albedrío y por lo tanto **autorizo SI ____ NO ____** el procedimiento liposucción.

Declaro que se me ha explicado con la debida antelación y de manera clara y entendible el tratamiento u operación a la cual me someteré, la localización de las cicatrices, los métodos alternos al tratamiento, las complicaciones y riesgos del procedimiento quirúrgico y me han preguntado si quiero una información más detallada, encontrándome satisfecho(a) con la explicación dada por el médico tratante y la contestación de las preguntas que he realizado.

Fecha: _____

 Firma del médico
 Nombre:
 Registro Medico No.

 Firma del paciente o representante Legal
 Nombre:
 No. De identidad

 Firma del testigo
 Nombre:
 No. De identidad:

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN	CODIGO	ASG-03-F15
		VERSIÓN	4
		VIGENCIA	27/08/2024
		6 de 6	

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO
“CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOSUCCIÓN”**

OBJETIVO: Brindar al usuario y su familia la información necesaria, acorde con su capacidad de entendimiento, para que de manera libre pueda tomar una decisión acerca de los diferentes procedimientos, garantizando los derechos del usuario.

ALCANCE: Debe ser explicado por el personal asistencial de la entidad y completamente diligenciado por el profesional encargado, paciente o representante legal del mismo.

Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:

Fecha: Registre el día, mes y año en que realiza el diligenciamiento del consentimiento informado.

Nombre: Registre el nombre completo del médico autorizado, paciente o representante legal y testigo en los correspondientes campos.

No. De identidad: Registre el número del documento de identidad de las partes según corresponda.

CONTROL DE CAMBIO					
VERSIÓN	DRESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA DE APROBACIÓN	ELABORO	REVISO	APROBO
1	Elaboración del documento: el presente documento se elabora con el fin de informar los riesgos, beneficios y demás circunstancias relevantes relacionadas con la situación de salud del paciente y con la intervención propuesta, para que, de acuerdo a su criterio y convicciones personales, decida libremente si se somete o no a la intervención o procedimiento sugerido	15/08/2019	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Coord. calidad	LUIS YESID MARTINEZ Coordinador medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
2	Se realiza cambio de la razón social de INTERPLASTICA IPS a CLINICA ALEJANDRIA, sin modificación del NIT	01/09/2020	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Coord. calidad	LUIS YESID MARTINEZ Coordinador medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
3	Se realiza Modificación en el numeral IV y IX	23/04/2022	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Coord. calidad	LUIS YESID MARTINEZ Coordinador medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
4	Se modifica el riesgo de complicaciones pulmonares	27/08/2024	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Coord. calidad	LUIS YESID MARTINEZ Coordinador medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente

Firma del paciente o Representante _____ **consentimiento informado**