

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABDOMINOPLASTIA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La abdominoplastia es una intervención quirúrgica que está indicada en aquellos pacientes que quieren eliminar un exceso de piel y grasa de la parte media e inferior del abdomen y, además, reforzar la musculatura de la pared abdominal.

Después de la cirugía bariátrica (cirugía que ayuda a las personas obesas a adelgazar) y como resultado de la importante pérdida de peso, se producen cambios anormales en la distribución de la grasa corporal (lipodistrofia abdominal): exceso de grasa y piel, descolgamiento de tejido cutáneo con formación de pliegues que deforman el contorno abdominal. Esto provoca roces, escoceduras, infección de la piel incluso en el ombligo.

El procedimiento consiste en extirpar el exceso de piel flácida y tejido graso del abdomen medio y bajo. En ocasiones se puede aprovechar para realizar la reparación de hernias (eventración) consecuencia de las heridas de la cirugía bariátrica previa.

La vía de abordaje puede ser:

- A través de una incisión transversal larga justo encima del pubis, más corta en los casos de miniabdominoplastia y de cadera a cadera en las grandes abdominoplastias.
- A través de una incisión en ancla, vertical hasta el ombligo además de horizontal.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos imprevistos.

Antes de realizar esta cirugía se hace una valoración clínica de la situación del paciente, incluyendo aspectos psicosociales, para estudiar la idoneidad de ser intervenido.

La finalidad es mejorar las molestias que producen del exceso de piel y grasa, así como mejorar la estética corporal.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Cicatriz abdominal.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseado, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Flebitis.
- Infecciones generales (urinarias, respiratorias, bacteriemia).
- Irregularidades en la piel (pliegues y depresiones en la zona tratada).
- Asimetría en el abdomen (desproporción, falta o ausencia de proporciones equilibradas entre ambos lados del abdomen).
- Ombligo de aspecto artificial o mal posicionado. Apariencia poco estética. Incluso su pérdida.
- Reacciones alérgicas al tratamiento de fármacos.
- Acumulación de líquido (seroma).

- Embolias y tromboembolismo pulmonar (coágulo en el interior de los vasos sanguíneos del pulmón).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Necrosis cutánea (complicaciones de la piel).
- Retardo en la cicatrización.
- Cicatrización anómala (en exceso, hipertrófica, queloidea, o cambio de coloración, inestética).
- Intolerancia a los materiales de sutura, esparadrapo, preparados tópicos, etc.
- Neuralgias (dolores) y la hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene    ☐ Diabetes    ☐ Obesidad    ☐ Hipertensión  
☐ Anemia    ☐ Edad Avanzada    ☐ Tabaquismo    ☐ Tratamiento anticoagulante

☐ .....puede  
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

### AUTORIZACIÓN PARA "ABDOMINOPLASTIA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: