

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LIPOFILLING O RELLENOS DE GRASA

Acto Médico Programado

Conforme a los **DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE** como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 de 14 de Noviembre, en sus artículos 4, 8 y 9 y normativa concordante, se emite el presente consentimiento.

Este documento pretende explicar de forma clara y comprensible para el paciente la intervención quirúrgica, prueba diagnóstica, o actuación que se le va a realizar.

Asimismo contempla como se va a realizar la intervención, prueba diagnóstica, o actuación, que riesgos comprende esta y las posibles complicaciones que pueden surgir durante la intervención y en el postoperatorio, así como las contraindicaciones y los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Conforme al art.4 y 9 de la Ley básica de la Autonomía del Paciente, manifiesto expresamente mi deseo de ser informado acerca de mi patología y de la intervención que se me va a realizar.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente:

Email:

Manifiesto que aún facilitando correo electrónico, a la firma de este consentimiento se me hace entrega de una copia del mismo.

Fecha de entrega del consentimiento: 23/09/2018

Facultativo informante: Joel Joshi **Colegiado N°:** 284619581

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El lipofilling o relleno de grasa o lipoestructura es un procedimiento que consiste en reutilizar la grasa, previamente extraída del paciente, reintroduciéndola en otra parte del cuerpo para conseguir remodelación facial.

El lipofilling puede utilizarse para rellenar: depresiones naturales (para atenuar arrugas en la cara, para rellenar pómulos, asociado a lifting cervicofacial), defectos postraumáticos o iatrogénicos (defectos secundarios a una lipoaspiración, corrección de lipodistrofia secundaria a la triple terapia en pacientes HIV).

El lipofilling es una técnica quirúrgica en la que se deben seleccionar previamente las zonas donantes de grasa; la lipoaspiración de grasa se efectúa de forma no traumática a través de unas pequeñas incisiones, en zonas poco visibles, por donde se introducen las cánulas de aspiración. A continuación, se realiza una centrifugación de la grasa extraída para separar las células grasas de otros elementos. Posteriormente, se procede a inyectar la grasa en diferentes planos y múltiples direcciones divergentes para mejorar la tasa de prendimiento del injerto graso.

Los resultados de la cirugía comienzan a apreciarse en el primer mes, siendo definitivos a los seis meses postcirugía.

OBJETO DE LA INTERVENCIÓN (beneficios)

El principal objetivo de la lipoestructura o lipofilling es mejorar depresiones o arrugas, restaurando el volumen. Es importante avisar al paciente que puede requerir varios procedimientos quirúrgicos, dependiendo de la cantidad de injerto graso que prenda en la zona tratada.

Tipo de anestesia

El procedimiento suele realizarse con anestesia local con sedación, regional o general, dependiendo de las zonas a tratar y de las

circunstancias propias del paciente. De los riesgos de dicha anestesia será informado por el anesthesiologo.

No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea.

ALTERNATIVAS

La alternativa podría consistir en no tratar.

RIESGOS Y SECUELAS ESPERABLES /CONSECUENCIAS SEGURAS

Consecuencias relevantes que la intervención origina con seguridad:

- Cicatrices de pequeño tamaño en las zonas tratadas después de este tipo de cirugía: Todos los esfuerzos serán realizados para que resulten lo menos notorias y más escondidas posibles. El hábito de tabaquismo, ser fumador/a o exfumador/a de menos de 10 años, empeora mucho la cicatrización y, por tanto, el resultado. Se aconseja disminuir el consumo de tabaco los días anteriores y posteriores a la cirugía.
- Precisaré compresión con prendas específicas aplicadas en las zonas tratadas y reposo durante los primeros días tras la cirugía, para conseguir una mejor recuperación.
- Son habituales las molestias durante los primeros días, que por lo general ceden con ayuda de analgésicos suaves.
- Ha de asumirse la presencia de hematomas, que suelen desaparecer en las dos primeras semanas.
- Del mismo modo presentará edemas (acumulación de líquido, que se aprecia como inflamación) en las zonas tratadas en las primeras semanas.

COMPLICACIONES ESPECIFICAS (más frecuentes)

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones y/o riesgos y fracasos más frecuentes son:

- Los riesgos propios de la anestesia durante el periodo peri-operatorio.
- Alteraciones de la cicatrización, como retraso en la cicatrización, decoloración o cicatriz anormal o inestética (a pesar de no tener antecedentes, cualquier paciente puede desarrollar cicatrices hipertróficas).
- Cambios de la sensibilidad que suelen resolverse con el tiempo. La disminución o pérdida completa de la sensibilidad (por posible lesión de nervios sensitivos) es rara y puede no resolverse con el paso del tiempo.
- La percepción de resultado insatisfactorio es habitual cuando las expectativas son desproporcionadas o no se ha entendido adecuadamente el propósito de la intervención. No garantizando en ningún caso resultado concreto alguno.
- Seroma o edema es muy habitual, aunque es un efecto transitorio, pero variable en el tiempo de desaparición.
- Pese a los cuidados perioperatorios, son posibles las infecciones cutáneas y no excepcionales infecciones más severas.
- La aparición de hematomas y hemorragias es relativamente frecuente, pero suelen ser autolimitadas. Excepcionalmente, en algún paciente es más severa, y precisa transfusión o reintervención.
- Pueden aparecer irregularidades del contorno cutáneo o asimetrías.
- En pacientes con sensibilizaciones no conocidas, pueden aparecer reacciones alérgicas al material de sutura, esparadrapos y/o productos tópicos utilizados.
- Necrosis o pérdida de piel y/o tejido celular subcutáneo, piel y/o tejido circundante en zona peri-cicatricial, por una pobre irrigación sanguínea.
- Una complicación frecuente es la hipercorrección, por excesiva inyección de grasa y se traduce por un exceso de volumen que pueden ser inestéticas.
- Complicaciones pulmonares: Embolia grasa, es una complicación muy rara pero grave, causada cuando se atrapan gotas de grasa en los pulmones.
- Trombosis venosa profunda y trombo-embolismo pulmonar. Son complicaciones graves, aunque raras.
- El shock quirúrgico (reacción orgánica multisistema grave que puede precisar atención en cuidados intensivos y conllevar un riesgo de mortalidad), se produce raramente, especialmente si ha sido necesaria una liposucción extensa.

En toda intervención quirúrgica pueden presentarse complicaciones comunes o más graves que requerirían otras terapias asociadas, farmacológicas o quirúrgicas. Por ello, ha de saber y autorizar que si en el transcurso de la intervención se apreciara algún aspecto, no inicialmente previsto en el tratamiento, que hiciera necesario modificar el procedimiento de manera no urgente, se pueda variar este bajo previo aviso a familiares o persona vinculada que usted designe; en caso de ausencia, se

actuará por criterios del facultativo actuando según lex artis ad hoc siempre contemplando su beneficio clínico. En caso de urgencia, debe entender, y autorizar, que aunque no haya sido informado específicamente de esa modificación, ésta deberá realizarse para concluir de manera satisfactoria la intervención.

RIESGOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES DEL PACIENTE

Existen una serie de factores que pudieran alterar el proceso de reparación de las estructuras orgánicas intervenidas y que aumenten la gravedad y probabilidad de riesgos y complicaciones, como son: la edad, consumo de fármacos a dosis elevadas (corticoides, citostáticos, inmunosupresores, fármacos biológicos, etc...), alteraciones nutricionales (malnutrición proteica, deficiencia de vitamina C y D, etc.), enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, etc...), enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades sistémicas y los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol).

ADVERTENCIAS / PRECAUCIONES

- No deberá tomar anticoagulantes o antiinflamatorios 10 días antes de la cirugía, porque aumentan el riesgo de sangrado.
- Si es fumador, deberá disminuir el consumo de tabaco antes y después de la cirugía, ya que el tabaco retrasa la cicatrización cutánea y favorece la aparición de complicaciones.
- No podrá realizar esta intervención si está embarazada.

El paciente deberá informar de la existencia de situaciones que puedan aumentar el riesgo de complicaciones como: empleo de fármacos anticoagulantes (Sintrom®, heparinas), antiagregantes plaquetarios (Aspirina, Tiklid®, Adiro®, Plavix®, Clopidogrel, Disgren®....etc.) o inhibidores de la trombina o precursores (Dabigatran -Pradaxa®, Rivaroxaban -Xarelto®, Apixaban -Eliquis®) (que pudieran aumentar el riesgo de sangrado durante el tratamiento), infecciones concomitantes agudas, diabetes mellitus (que aumente el riesgo de infección local de herida y/o material o descompensación de la enfermedad durante el tratamiento), cirugías previas, enfermedades inmunológicas o autoinmunes, enfermedades oncológicas y endocrinológicas, etc.

Debe así mismo, informar de la posible existencia de alergias o sensibilizaciones a fármacos.

Tras la intervención deberá seguir las instrucciones, recomendaciones y tratamientos en su caso, que me hayan sido prescritos.

En base a lo anterior, debe comprometerse a seguir fielmente las recomendaciones recibidas tanto antes, como después de la intervención, así como acudir a las revisiones postoperatorias durante el tiempo indicado, siguiendo meticulosamente las instrucciones posquirúrgicas, hasta que esté de alta, que no se dará antes de 6 meses.

RIESGOS PERSONALIZADOS: *El paciente no refiere riesgos personalizados*

OTRAS OBSERVACIONES: *Sin nada más que añadir*

DECLARACIONES Y FIRMAS

D./D^a.:

con NIF/NIE:

DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico abajo firmante, del procedimiento quirúrgico, prueba diagnóstica, o actuación que se va a realizar, los riesgos que conlleva esta intervención así como sus complicaciones que pueden surgir teniendo en cuenta mis circunstancias personales y profesionales, así como que en el caso de estar dicha información contenida en el consentimiento informado en un idioma diferente a mi lengua nativa, **DECLARO** que he sido asistido por interprete o medio análogo que me ha permitido entender la información proporcionada.

DECLARO, que han sido contestadas todas aquellas preguntas que me han surgido relacionadas con la intervención, riesgos y complicaciones de esta, quedando satisfecho con las respuestas recibidas.

Asimismo, **AUTORIZO** al médico a la toma de imágenes y grabaciones para una adecuada documentación del caso con fines científicos o de divulgación, quedando garantizado el anonimato de mi persona.

DECLARO finalmente, la reserva del derecho a ser revocado discrecionalmente el presente consentimiento por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento, prueba o actuación descrita.

AUTORIZO a que el presente consentimiento informado me sea enviado por correo electrónico, siendo la clave de acceso mi número de identificación fiscal con la letra en mayúscula. (Es Importante que compruebe su correcta recepción y acceso, para en caso de incidencia ponerse en contacto con nosotros).

DR./DRA.: Joel Joshi
COLEGIADO: 284619581



Por todo ello, una vez leído, comprendido y aceptado las 5 páginas que conforman este documento y estando satisfecho con la información recibida,

CONSIENTO SOMETERME A LIPOFILLING O RELLENOS DE GRASA

Firma del facultativo que informa

DR./DRA.: Joel Joshi
Nº COLEGIADO: 284619581

Firma del paciente

D./Dª:

Fecha Entrega: 23/09/2018

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./Dª: con NIF/NIE:

DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el equipo médico, medico o especialista, del procedimiento quirúrgico, prueba o actuación que se me quiere realizar así como de sus riesgos y complicaciones.

Que conozco y **ASUMO** los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por **NO SOMETERME** al acto quirúrgico. Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. Y en tales condiciones,

NO CONSIENTO SOMETERME A LIPOFILLING O RELLENOS DE GRASA

Firma del facultativo que informa:

DR./DRA.:
Nº COLEGIADO:

Firma del paciente:

D./Dª:

Fecha Revocación:

*De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, de 27 de abril de 2016, así como en la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente, y demás disposiciones de legal aplicación, le informamos de que sus datos personales serán incorporados a un fichero de pacientes cuya titularidad corresponde a **Joel Joshi Otero, 76443135j**, y domicilio sito en **Jorge Juan 8 escalera a 5a - 28806 - Alcalá de Henares (Madrid)**, con la finalidad de garantizar la relación médico-asistencial existente. Asimismo, por la presente otorga su consentimiento expreso para el acceso de los mismos al prestador de servicios DS Legal Group con el fin de generar el correspondiente consentimiento informado. Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión y en cualquier caso en cumplimiento de los plazos legales de prescripción que le resulten de aplicación. Del mismo modo, le informamos de que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: **joeljoshi@me.com**.*

Igualmente, se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.agpd.es). Gracias por su colaboración.