

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CERVICOPLASTIA

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: Nº Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada CERVICOPLASTIA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos cervicoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del borramiento del ángulo que forman el mentón y el cuello.

En el caso concreto de la cervicoplastia, la intervención se puede realizar bajo anestesia local potenciada con la sedación y analgesia del paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión en el área de debajo del mentón. En este sentido, es de esperar que, tras el proceso de cicatrización, la incisión sea prácticamente invisible.

En el acto quirúrgico se realizan una serie de maniobras, tales como la liposucción submental – la aspiración de la grasa que se considera excesiva-; la platismorrafia –el acortamiento del llamado platisma, que es uno de los músculos superficiales del cuello-; la lipectomía submental –la extirpación total o parcial de la grasa de la zona de debajo del mentón-; o la pexia hioidea – la tracción mediante una sutura de uno de los huesos del cuello-, con el fin de lograr una relación adecuada entre el mentón y el cuello.

Tras la intervención, se colocará un vendaje compresivo sobre el área intervenida durante 24-48 horas. Será necesario utilizar una cinta elástica sobre el área submental durante unos días tras la retirada del vendaje.

Suele aconsejarse el reposo semisentado durante 48-72 horas tras la intervención.

Después de la intervención puede existir una sensación de tirantez en el área submental durante unas semanas. Pueden aparecer pequeños hematomas que se reabsorberán en unos días. Es recomendable la utilización de un tratamiento antibiótico para evitar infecciones posquirúrgicas.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

persistirá la falta de definición del ángulo entre el mentón y el cuello así como persistirán los pliegues del cuello

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de la definición del ángulo entre el mentón y el cuello y del aspecto de la piel cervical.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

otras técnicas, tales como la genioplastia de deslizamiento que se realiza sólo en algunos casos, o la llamada ritidectomía

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CERVICOPLASTIA

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

El hematoma postoperatorio, es decir la colección de sangre debajo de la piel, es una complicación que puede aparecer en las primeras 24-48 horas tras la cirugía. Puede ser necesaria una intervención para drenarlo.

Existe riesgo de cicatrización hipertrófica e incluso de aparición de queloides -cicatrices excesivas y con aspecto peculiar-. Si ello ocurriera podría ser necesaria otra intervención quirúrgica para solucionar el problema.

Existe un pequeño riesgo de lesión de ramas nerviosas del nervio facial, lo cual generaría una parálisis de determinados músculos de la cara con la aparición de asimetrías y deformidades. La mayoría de estas parálisis son inflamatorias y se resuelven con tratamiento médico y tiempo, pero puede aparecer una lesión definitiva, que exigiría un tratamiento más complicado.

Otras complicaciones posibles, específicas de esta cirugía son la aparición de retracciones cutáneas, deformidades o asimetrías.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CERVICOPLASTIA

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: Nº Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE CERVICOPLASTIA

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: Nº Colegiado:

por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente
cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que
asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ___ de _____ de 20__

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE CERVICOPLASTIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Fdo.: _____
El paciente/representante legal