

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA LIPOSUCCIÓN SUBMENTAL

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LIPOSUCCIÓN SUBMENTAL, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La liposucción submental es un procedimiento quirúrgico que se realiza en pacientes con un cúmulo de grasa localizada, específicamente, a nivel cervical, concretamente debajo del mentón. Este acúmulo de grasa submental borra el denominado ángulo mento-cervical en el perfil del paciente, desdibujando la división estética entre la mandíbula y el cuello.

Mediante la liposucción submental podemos recuperar el perfil estético entre la cara y el cuello, definir la silueta de la mandíbula y el ángulo formado entre la mandíbula y el cuello. Estos elementos representan aspectos claves en las técnicas de rejuvenecimiento facial.

Esta técnica se practica, a menudo, de manera ambulatoria, en la consulta del cirujano, en el caso de tratamientos muy localizados. En otros casos, se realizan en el quirófano bajo anestesia local, con o sin sedación del paciente, anestesia epidural, o anestesia general, según sea necesario o conveniente a criterio del equipo médico que le atiende.

Para poder aspirar el tejido graso se realizan unas incisiones de 2-3 milímetros de longitud por donde se introducen unas cánulas de aspiración de grasa. Estas incisiones son realizadas en zonas apenas visibles de la cara o del cuello.

La cantidad de grasa extraída del cuello en una liposucción submental es pequeña (no más de 20-30 cc, habitualmente). La mejoría del aspecto del cuello se produce, tanto por la extracción de la grasa subcutánea, como por la retracción cicatricial de la zona secundaria a la propia intervención quirúrgica.

Los primeros días suelen aparecer equimosis (los llamados moratones) e inflamación de la zona. Los moratones suelen desaparecer a los 10-15 días, pero la hinchazón puede durar 30 días o más. Para disminuir estos efectos en lo posible, se recomendará el uso de vendajes o prendas de presión durante los primeros días. Esto evitará la inflamación excesiva y favorecerá una recuperación más rápida.

El resultado definitivo no se apreciará hasta pasados dos meses o, en algunos casos más tarde, dependiendo de la cantidad de grasa extraída y su localización.

Este procedimiento no sirve para tratar el exceso de la piel cervical (de la piel del cuello). Es posible que, tras la realización de la liposucción submental, se haga más patente dicho exceso de piel, al aumentar la laxitud de la misma por el adelgazamiento de la grasa subcutánea.

Por otra parte, hay que señalar que los acúmulos de grasa profunda, por debajo del llamado músculo platisma, no son objeto este procedimiento.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá la falta de definición del ángulo mento-cervical.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

BENEFICIOS ESPERABLES

Aumento de la definición del perfil del mentón y mejoría del ángulo del mentón con el cuello.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Se me han explicado las alternativas a este tratamiento, como son: el tratamiento con radiofrecuencia, la infiltración de sustancias remodelantes del tejido adiposo, la cervicoplastia con lipectomía, o simplemente no realizar ningún procedimiento o intervención quirúrgica.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Después de la intervención puede existir una disminución de la sensibilidad del área del mentón, que se puede extender al labio inferior e incluso a los incisivos inferiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria, pero excepcionalmente, puede quedar como secuela permanente.

Cabe la posibilidad de que persistan acúmulos de grasa en la zona intervenida.

Ya hemos señalado la posibilidad de que, al disminuir la grasa de la zona, pueda quedar un cierto exceso de la piel bajo el mentón.

También podría quedar, como secuela, un edema (inflamación) submental prolongado.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección en el área de las pequeñas incisiones.

Hay que señalar la contingencia de que se produzcan alteraciones en la cicatrización de las pequeñas heridas quirúrgicas: la dehiscencia de las mismas, es decir que se abra las heridas, la aparición de una cicatriz llamada queloide (una cicatriz voluminosa y más dura, generalmente poco estética) Esta es una complicación no previsible que puede aparecer incluso en pacientes que no hayan presentado complicaciones similares previamente y que no está relacionada con la técnica quirúrgica, sino con las características genéticas del paciente.

Puede aparecer, también, dolor prolongado en la zona de la operación.

Son posibles las reacciones adversas al anestésico, como picor o enrojecimiento de la lesión.

Hay que comprender que, después de la intervención, existe la posibilidad de que persista alguna imperfección y que el resultado pueda no ser el esperado por el paciente. A este respecto, si el cirujano o Vd. mismo establecen que es necesario realizar alguna intervención adicional o complementaria, se entiende que ello formará parte de otro procedimiento cuyas condiciones médicas e, incluso económicas, deben de ser concretadas.

Podría producirse alguna hemorragia en la zona. Excepcionalmente, podría lesionarse alguna vena de cierto calibre bajo la piel del paciente. Estas venas son invisibles desde el exterior y, aunque la intervención se realiza con sumo cuidado, las mencionadas venas podrían sangrar. La sangre acumulada bajo la piel del cuello debe de ser evaluada por el cirujano, y podría exigir su drenaje u otras medidas que se consideraran oportunas.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general o la sedación, si es que éstas se llevan a cabo: 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 o sedación, como consecuencia de las mismas. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

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.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

En resumen, considero que la información ofrecida 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

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

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__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal

Nombre y apellidos:

Firma:

