

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA BICHECTOMÍA

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos bichectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del exceso de plenitud de las mejillas.

En el caso concreto de la bichectomía, la intervención puede realizarse bajo anestesia local; anestesia local asociada con sedación y analgesia; o anestesia general. El tipo de anestesia seleccionado dependerá de los deseos y características del/de la paciente, así como de la experiencia del equipo quirúrgico.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión realizada en el interior de la cavidad oral, por lo que no queda ningún tipo de cicatriz visible.

En el acto quirúrgico se realiza una resección de la llamada bolsa adiposa de Bichat, que es un acúmulo de grasa situado en la mejilla. La extracción de dicha grasa produce un adelgazamiento de la mejilla.

Tras la intervención, se recomienda una desinfección cuidadosa de la cavidad oral. No es necesario colocar ningún tipo de apósito o vendaje. La mejilla permanece inflamada durante una o dos semanas, pero, como se ha resecado la citada bolsa de grasa, esa inflamación no es prácticamente perceptible. Pasado ese tiempo, se puede observar el efecto de la intervención quirúrgica.

No es frecuente la aparición de hematomas tras esta intervención, por lo que no se deja ningún tipo de drenaje interno. Si apareciera un hematoma significativo en la mejilla, sería necesario hacer una incisión para drenarlo. Se desaconseja la utilización de cualquier medicación que pueda afectar a la coagulación una semana antes y una semana después del procedimiento. Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad en el interior de la boca, alrededor del área de la mejilla. Esta disminución de la sensibilidad es transitoria y desaparece en unos días, pero es posible que se produzcan pequeñas lesiones por traumatismos al masticar, durante este periodo.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá el aspecto de plenitud de las mejillas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA BICHECTOMÍA

BENEFICIOS ESPERABLES

Disminución del aspecto de plenitud de las mejillas.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En ocasiones, puede conseguirse un efecto visual comparable, colocando sendas prótesis que aumenten el volumen de los pómulos.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Este procedimiento es bastante seguro y el riesgo de complicaciones es muy pequeño. La incisión intrabucal se realiza en la proximidad de la terminación del llamado conducto de Stenon, que es el conducto de drenaje natural de la glándula parótida - lo que se conoce como la papera-. Si se daña este conducto puede aparecer una retención de saliva en dicha glándula, con riesgo de inflamación o infección de la misma, lo que se conoce como parotiditis. Si esto ocurriera puede ser necesario realizar una recanalización del conducto de drenaje de la glándula.

Existe un riesgo pequeño de lesión de las ramas nerviosas de la sensibilidad del interior de la boca con la aparición de una falta de sensibilidad permanente del área intervenida. Si esto ocurriera, al no existir sensación en esa zona, se podrían producir lesiones de la parte interna de la mejilla, por mordedura durante la masticación.

Pueden aparecer, también, lesiones de alguna pequeña rama nerviosa del nervio facial. Este hecho es extraordinariamente infrecuente, pero, si tuviera lugar, se produciría una parálisis de musculatura de la cara, en el área de la mejilla, con carácter transitorio en la mayor parte de las ocasiones.

Después de la operación puede quedar algún grado de asimetría de la cara. Esta asimetría puede deberse a una extracción asimétrica de la grasa o bien a una asimetría que ya existía del esqueleto de la cara y que puede hacerse más visible tras la intervención. Si no se ha extraído igual cantidad de grasa en un lado que en el otro, el tratamiento sería resecar la grasa adicional en el lado de mayor plenitud. Si la extracción ha sido igual en ambos lados se asume que dicha asimetría es constitucional y no se recomienda ningún otro procedimiento. A veces, la asimetría estará provocada por una inflamación asimétrica de la cara y el único tratamiento será esperar una solución espontánea. No obstante, estas asimetrías suelen ser prácticamente imperceptibles.

En algunas personas la extracción de grasa de la mejilla en gran cantidad se asocia a la aparición de una mejilla con aspecto muy enjuto -lo llamamos aspecto cadavérico- con el paso del tiempo. Es por ello que se recomienda resecar sólo parcialmente la grasa de la mejilla, sobre todo en personas de piel fina. Si al cabo de unos años la mejilla tiene un aspecto excesivamente adelgazado, el único tratamiento posible es la inyección de grasa del propio paciente o bien la colocación de una prótesis de mejilla.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA BICHECTOMÍA

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 ésta, 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 para el equipo que me atiende. Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA BICHECTOMÍA

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial 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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA BICHECTOMÍA

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/La 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__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: