

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

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 técnica denominada LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING, así como las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos lipoinyección facial, al relleno de los tejidos blandos de la cara, en zonas previamente establecidas, utilizando grasa procedente del mismo paciente.

El fin de la intervención es el de engrosar estructuras, tales como los labios, el mentón, los pómulos, el dorso nasal, las zonas más hundidas del rostro, etc. o bien camuflar arrugas o cicatrices faciales.

Para la obtención de la grasa del propio paciente se suele infiltrar el área donante con una solución compuesta por suero fisiológico, un anestésico local, bicarbonato y adrenalina a baja concentración, lo que facilitará la extracción de la grasa del paciente con pocas molestias y una mínima hemorragia. Tras ello, realiza una liposucción en las áreas tales como el abdomen, las nalgas, los muslos, etc.

La grasa extraída se puede procesar mediante distintos métodos para purificar, al máximo, el material obtenido y optimizar la supervivencia del tejido graso, una vez que esté implantado. Una vez procesada, la grasa será inyectada en las áreas determinadas antes de la cirugía. Para ello se realizarán pequeñas incisiones en la cercanía de las zonas a rellenar y se realizarán pequeños túneles, en distintos planos de los tejidos blandos de la cara para, luego, ir depositando el tejido graso obtenido, en los espacios creados, de manera conveniente.

Tras ello, se realizan las suturas adecuadas en las zonas donantes y en las zonas receptoras. Dichas suturas pueden ser reabsorbibles o ser retiradas unos días después.

Es esperable una inflamación transitoria de las áreas comprometidas que puede durar hasta varias semanas después de la cirugía.

El resultado de una lipoinyección facial es variable. Los estudios realizados muestran una supervivencia de alrededor del 30% de la grasa infiltrada, al cabo de un año, independientemente de la técnica utilizada, si bien esta cifra es muy variable. Es habitual tener que repetir el procedimiento, tras un año de evolución, para lograr el efecto deseado. La repetición de la cirugía no asegura que no se vuelva a reabsorber la grasa.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá el defecto del área a infiltrar o bien la depresión o arruga facial que se busca atenuar.

BENEFICIOS ESPERABLES

Engrosamiento de la estructura facial infiltrada; atenuación del surco o arruga facial. Mejoría del contorno facial en las áreas tratadas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Infiltración con sustancias artificiales de relleno, como el ácido hialurónico, la hidroxiapatita cálcica, etc.

La introducción de prótesis faciales. Técnicas quirúrgicas más complejas, como la cirugía ortognática o la cirugía de estiramiento facial.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La inyección de un material de relleno facial se asocia a una serie de riesgos que dependen más del tipo de material utilizado, que de la técnica en sí misma.

El principal efecto secundario es la aparición de una reacción inflamatoria frente al material utilizado.

Esta reacción se produce por una respuesta defensiva del cuerpo ante el material infiltrado y se caracteriza por la aparición de lesiones redondeadas perceptibles bajo la piel, que llamaremos "nódulos subcutáneos". Estos nódulos pueden ser visibles o no, pero siempre son palpables. La mayoría de los materiales utilizados para relleno facial pueden producir esta complicación. Si aparece, podría ser necesario un tratamiento para hacer desaparecer los nódulos que hemos señalado. Existe la posibilidad de que esta complicación sea definitiva.

Esta reacción no suele producirse en los llamados materiales autólogos como la grasa propia y no está tampoco descrita con el ácido hialurónico.

En algunas zonas como los labios existe un riesgo de sobre corrección. La mayoría de las veces lo único necesario es dejar pasar el tiempo para corregirla, pero puede ser necesario realizar una intervención para resolver el problema.

En el caso de aplicación bilateral pueden aparecer asimetrías faciales. Si esto ocurriera el tratamiento sería infiltrar con más material el lado menos engrosado.

En el caso de utilizar grasa autóloga, la pérdida o ganancia de peso del individuo puede dar lugar a una variación del volumen del área tratada. Existe también el riesgo de la descomposición de la grasa, con la formación de los que hemos llamado nódulos subcutáneos, que tienden a desaparecer sin ningún tipo de tratamiento.

Al infiltrar la piel siempre hay un pequeño riesgo de infección cutánea; este riesgo es muy pequeño y no se recomienda, por ello, la utilización de antibióticos de manera preventiva, si bien sí se informa de la necesidad de una higiene adecuada. Si se produce una infección será necesario un tratamiento antibiótico.

La aplicación de un material de infiltración de tejidos blandos puede producir la aparición de hematomas por el propio trauma inducido por la aguja de inyección. Se recomienda no tomar medicación con efecto anticoagulante una semana antes de este procedimiento.

La embolia de la sustancia infiltrada es una complicación extremadamente rara que consiste en el acúmulo de la misma en los pulmones u otros órganos vitales, lo que se considera potencialmente fatal.

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.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la sedación, si esta se ha llevado 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/sedación general, como consecuencia de la

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIPOINYECCIÓN FACIAL O LIPOFILLING

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 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, entendiendo, 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: