

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MENTOPLASTIA

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 MENTOPLASTIA, 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 mentoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del defecto de mentón conocido como retrogenia o retrognatia mandibular. Con estas palabras se designa aquellas situaciones en las que el mentón es poco sobresaliente.

En el caso concreto de la mentoplastia, la intervención se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación y analgesia del paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el equipo quirúrgico.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión, o bien realizada en el interior de la cavidad oral, o bien en el área de debajo del mentón. Esta última, debido a su forma y localización, es poco visible.

En el acto quirúrgico se colocará una prótesis de un material biocompatible, como Silastic o Medpor, en la profundidad del área mentoniana. El tamaño y la forma de la prótesis se decidirán antes de la cirugía en función de las características personales del paciente y del tipo de mentón buscado. Puede ser necesario fijar la prótesis al hueso o al periostio del/de la paciente, lo cual se haría con un tornillo de titanio o con una sutura.

Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el mentón para reducir la inflamación inducida por la cirugía. Esta inflamación es más intensa en los primeros tres días de postoperatorio, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducir ésta.

En el caso de que se haya realizado una incisión dentro de la boca se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. En el caso de que se realice una incisión por dentro de la boca, se dejará una sutura con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos al cabo de unos días. En el caso de una incisión en la piel de debajo del mentón, la sutura se retirará en un tiempo variable, siendo necesario realizar curas periódicas de la cicatriz hasta que esto ocurra.

Después de la intervención suele 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MENTOPLASTIA

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá el defecto del mentón y la falta de definición del ángulo mento-cervical.

BENEFICIOS ESPERABLES

Aumento del perfil del mentón con o sin aumento del contorno del borde inferior de la mandíbula. Mejoría del ángulo del mentón con el cuello.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La genioplastia de deslizamiento, y las osteotomías de mandíbula.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La complicación más frecuente de la mentoplastia es la mala posición de la prótesis o el desplazamiento postoperatorio de ésta. Si ello ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirla.

Existe riesgo de lesión de los nervios del mentón, con aparición de sensaciones desagradables o anestesia de dicha área, del labio inferior e incisivos inferiores. En el caso de que esta lesión se produjera por contacto de la prótesis con dichos nervios, sería necesario retirar la prótesis. La prótesis puede producir una inflamación crónica del área mentoniana que degenera en una infección. La infección se asocia a un riesgo significativo de expulsión de la prótesis. En ese caso se debería retirar o mantener retirada la prótesis y reconsiderar una segunda intervención de una naturaleza distinta.

En prácticamente todos los casos de mentoplastia, la presión de la prótesis sobre el hueso del mentón produce una reabsorción de éste a largo plazo. Esta reabsorción no suele ser significativa, si bien en algunos casos puede ser tan intensa que aconseje la retirada de la prótesis y la realización de una segunda intervención quirúrgica para corregir este defecto. La disección de la zona en la que se ubicará la prótesis puede dar lugar al desprendimiento de los tejidos blandos del mentón. Ello generaría una deformidad conocida como "mentón de bruja", de difícil corrección.

En el caso de realización de incisión en la piel de debajo del mentón, existe el riesgo de cicatrización defectuosa o de retracciones cutáneas. Todas estas complicaciones necesitarían un tratamiento adicional, con la posibilidad de dejar secuelas.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:



SEORL CCC

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MENTOPLASTIA

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MENTOPLASTIA

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 MENTOPLASTIA

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: