

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS MALARES

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 COLOCACIÓN DE PRÓTESIS MALARES, 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 colocación de prótesis malares a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de la llamada hipoplasia malar, que produce la falta de relieve en la región de los pómulos.

En el caso concreto de la colocación de prótesis malares, la intervención se puede realizar bajo anestesia local; anestesia local, potenciada con 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 realizada en el interior de la boca. Por ello, esta cicatriz no será visible después del procedimiento quirúrgico.

En el acto quirúrgico se colocará una prótesis de un material biocompatible, tal como el sylastic o el medpore, generalmente en la profundidad de la zona de los pómulos. 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 relieve de los pómulos, buscado. Puede ser necesario fijar la prótesis, al hueso o a la cobertura del hueso, llamado periostio del paciente, lo cual se conseguirá con un tornillo de titanio o con una sutura.

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

Se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. En esta incisión se habrá realizado una sutura con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos, al cabo de unos días.

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad del área de los pómulos, que se puede extender al labio superior, e incluso a los incisivos superiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirán el aspecto aplanado de la zona de los pómulos, observable fundamentalmente en la visión de tres cuartos.

BENEFICIOS ESPERABLES

Aumento de la prominencia de los pómulos con la consiguiente mejoría del contorno facial y de la imagen de tres cuartos y de perfil.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El relleno malar, y las osteotomías maxilares

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La complicación más frecuente de la colocación de prótesis en la zona de los pómulos es la malposición de la prótesis o el desplazamiento postoperatorio de ésta. Si ello ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirlo.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS MALARES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Existe riesgo de lesión del llamado nervio infraorbitario con trastornos de la sensibilidad del área de los pómulos, el labio superior, y los incisivos superiores. 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 de los pómulos que degenera en una infección. La infección se asocia a un riesgo significativo de expulsión de las prótesis colocadas. En ese caso se debería retirar o mantener retirada la prótesis y reconsiderar una intervención, posiblemente distinta.

Tras la colocación de las prótesis puede aparecer un edema – una hinchazón- en el párpado inferior, por el propio proceso inflamatorio. Este edema se reabsorberá con el paso del tiempo, pudiendo persistir hasta varios meses.

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.

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.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, así

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS MALARES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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

En el caso de que durante la intervención el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultaré la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades 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 al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS MALARES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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