



BICHECTOMIA

INSTRUCCIONES

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por ESTETIKUS, Centro de Cirugía Plástica, el Dr. Eduardo Ayoroa y el Dr. Marco Ballón, médicos especialistas en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, según las bases de la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética y en cumplimiento por lo dispuesto en la Ley 3131, para ayudar a informarle sobre la bichectomía, sus riesgos y los tratamientos alternativos.

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTRODUCCIÓN

La cara es un mundo intrincado de funciones, posee entre tantas estructuras los llamados músculos de la masticación. Al ser activados los músculos de la masticación, un grupo provoca la apertura de la boca, otro grupo el cierre de la boca y un tercero el abatimiento de un lado al otro de la boca.

Los músculos de la masticación que producen el cierre de la boca, se encuentran ubicados a cada lado del rostro y unen el craneo con la mandíbula. Para que este grupo muscular opere con facilidad necesita de una almohadilla de grasa que se llama Bolsa Adiposa de Bichat. Estas las poseen todos los seres humanos y en la gran mayoría de la población no son notorias, sin embargo, existe un grupo muy reducido de personas, cuya Bolsa Adiposa de Bichat es muy evidente, dando la sensación de cara redonda con mejillas sin delimitación de los malares y la mandíbula.

La estética facial guarda ciertos parámetros y en esa búsqueda de armonía, acuden pacientes con el deseo de reducir el volumen de sus mejillas, y si este es susceptible a ser modificado con una bichectomía, entonces la cirugía es el plan a seguir.

La extirpación de las bolsas de bichas es una técnica quirúrgica para adelgazar la zona media de la cara. Puede ser realizada como un procedimiento primario para mejorar el contorno facial, o en combinación con otras técnicas quirúrgicas con el lifting facial.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Los tratamientos alternativos consisten en no realizar la extirpación de las bolsas de bichas y llevar un régimen de dieta y ejercicio beneficioso en la reducción global del excesos de grasa corporal.

RIESGOS DE LA BICHECTOMIA

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la bichectomía. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la bichectomía.

Sangrado. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento o cirugía de urgencia para extraer la sangre acumulada. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía puesto que puede aumentar el riesgo de sangrado.

Infección. La infección después de la cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos o cirugía.

Lesión de la glándula parótida y su conducto excretor. Es posible, aunque muy raro la lesión del conducto de Stenon en la zona de su desembocadura a la cavidad oral. Pueden requerirse cirugía o procedimientos adicionales para resolver la lesión intraquirúrgica del conducto de Stenon.

Cambios en la sensibilidad la piel. Pueden ocurrir cambios temporales en la sensibilidad cutánea después de una Extirpación de las Bolsas Adiposas de Bichat, que habitualmente se resuelven. La disminución o pérdida completa de la sensibilidad cutánea ocurre infrecuentemente y pueden no resolverse totalmente.

Cicatrización. Las incisiones se encuentran en la mucosa bucal, dentro de la boca, y quedan totalmente escondidas.

Irregularidad del contorno de la piel. Pueden ocurrir irregularidades de contorno y depresiones de la piel después de una Extirpación de las Bolsas Adiposas de Bichat.

Asimetría. Pueden no conseguirse un aspecto totalmente simétrico de la cara tras la Extirpación de las Bolsas Adiposas de Bichat. Factores como el tono de la piel, prominencias óseas, y tono muscular, pueden contribuir a una muy ligera asimetría normal en los rasgos faciales.

Efectos a largo plazo. Pueden ocurrir alteraciones posteriores en el contorno facial como resultado del envejecimiento: la frecuente atrofia grasa del envejecimiento puede exagerar el resultado de la Bichectomia. La pérdida o ganancia de peso, embarazo, toma de medicamentos de manera

Reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante la cirugía o prescritas posteriormente. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Anestesia. Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

SEGURO DE SALUD

La mayoría de las compañías de seguros sanitarios excluyen la cobertura de operaciones de cirugía estética, como la BICHECTOMIA, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de la cirugía. Por favor, revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro sanitario.

NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL

Si ocurren complicaciones puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la bichectomia. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, honorarios del médico anesthesiologo, el coste de material quirúrgico, medicamentos y anestésicos, y cargos clínicos, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. **Los cargos**

por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente cubrirá las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

CONSENTIMIENTO

CIRUGÍA | PROCEDIMIENTO | TRATAMIENTO

1. Por la presente autorizo al Dr.: _____

al anestesiólogo elegido y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: BICHECTOMIA.

2. He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: "Consentimiento informado para BICHECTOMIA"
3. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.
4. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado, al anestesiólogo seleccionado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
5. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.
6. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
7. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
8. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.
9. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:
 - a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.
 - b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.
 - c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

10. LOCALIZACIÓN DE LAS CICATRICES

- EN EL INTERIOR DE LA BOCA A LA ALTURA DE LAS MEJILLAS

FIRME EN EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA

HE PEDIDO Y HE RECIBIDO EXPLICACIÓN ADICIONAL EN DETALLE DE:

EL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO, OTROS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO, INFORMACIÓN ACERCA DE LOS RIESGOS MATERIALES DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO.

SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MÁS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

<i>Nombre Paciente:</i>	<i>Cédula:</i>	<i>FIRMA</i>
-----------------------------	----------------	--------------

<i>Familiar o Testigo:</i>	<i>Cédula:</i>	<i>FIRMA</i>
--------------------------------	----------------	--------------

<i>Médico Cirujano:</i>	<i>FIRMA</i>
-----------------------------	--------------

<i>Lugar y Fecha:</i>	/	/	/
---------------------------	---	---	---