Consentimiento informado

Cirugía de estiramiento facial (ritidectomía)

©2021 American Society of Plastic Surgeons®. Se otorga a los compradores del *Recurso de consentimiento informado* una licencia limitada que les permite modificar los presentes documentos y reproducir la versión modificada para su uso únicamente en la práctica privada de los compradores. La American Society of Plastic Surgeons® se reserva todos los demás derechos. Los compradores no podrán vender ni permitir que terceros usen ninguna versión del *Recurso de consentimiento informado*, ninguno de los presentes documentos ni ninguna versión modificada de dichos documentos

INSTRUCCIONES

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre la cirugía de estiramiento facial, sus riesgos y el/los tratamiento/s alternativo/s disponible/s.

Es importante que lea la totalidad de esta información cuidadosamente. Ponga sus iniciales en cada página, indicando que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

INFORMACIÓN GENERAL

Un estiramiento facial, o ritidectomía, es un procedimiento quirúrgico para mejorar los signos visibles de la edad en la frente y en el cuello. A medida que los individuos envejecen, la piel y los músculos de la región facial comienzan a perder tono. El estiramiento facial no puede detener el proceso de envejecimiento. Puede mejorar los signos más visibles del envejecimiento mediante el estiramiento de estructuras más profundas, volviendo a cubrir el la piel del rostro y el cuello y extrayendo áreas seleccionadas de adiposidad, de ser necesario. Un estiramiento facial se puede realizar solo o junto con otros procedimientos como un levantamiento de cejas, liposucción, cirugía de párpados, cirugía nasal o injerto adiposo.

La cirugía de estiramiento facial es personalizada para cada paciente. El mejor candidato para una cirugía de estiramiento facial tiene flojedad en rostro y escote, pero la piel tiene elasticidad y la estructura ósea está bien definida.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Las formas alternativas de manejo consisten en no tratar la laxitud en la región del rostro y cuello con un estiramiento facial (ritidectomía). La mejoría de la laxitud de la piel, las arrugas de la piel y los depósitos adiposos se pueden abordar con otros tratamientos no quirúrgicos, como Ulthera®, CoolSculpting®, exfoliaciones químicas, rejuvenecedores con láser, rellenos faciales y BOTOX® o cirugías como liposucción o suturas de suspensión. Las formas alternativas de tratamiento quirúrgico también se asocian a riesgos y potenciales complicaciones.

RIESGOS INHERENTES A LA CIRUGÍA DE ESTIRAMIENTO FACIAL

Todo procedimiento quirúrgico abarca determinados riesgos, y es importante que usted los comprenda, así como las posibles complicaciones asociadas. Además, todo procedimiento tiene limitaciones. La elección individual sobre someterse o no a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación de los riesgos con los potenciales beneficios. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan estas complicaciones, es recomendable que las analice junto con su cirujano plástico, a fin de asegurarse de que comprende todas las posibles consecuencias del estiramiento facial (ritidectomía).

RIESGOS ESPECÍFICOS DE LA CIRUGÍA DE ESTIRAMIENTO FACIAL

Pérdida de cabello:

Puede haber pérdida de cabello en áreas del rostro donde se eleve la piel durante la cirugía. A pesar de que es poco usual, los lugares más comunes se encuentran en la zona de la sien y detrás de las orejas. No se puede predecir la presentación de este fenómeno.

Lesiones en los nervios:

©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

Los nervios motores y sensitivos se pueden dañar durante la operación de estiramiento facial. Se puede presentar debilidad o pérdida de los movimientos faciales después de una cirugía de estiramiento facial. Las lesiones en los nervios pueden causar pérdida temporal o permanente de los movimientos y la sensibilidad del rostro. Dichas lesiones pueden mejorar con el tiempo. Pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales como reparación nerviosa, injerto o transferencia en caso de tener una lesión en los nervios. La lesión en los nervios sensitivos del rostro, cuello y la región de los oídos puede causar entumecimiento temporal y, en ocasiones poco frecuente, puede ser permanente. La cicatrización dolorosa de los nervios es muy poco frecuente.

Se recomienda el uso de gel plaquetario o selladores de fibrina como adhesivos tisulares durante la ritidectomía:

Puede emplearse gel de plaquetas (a base de su sangre) y selladores de fibrina (a partir de componentes sanguíneos humanos tratados al calor para desactivar la transmisión de virus) para mantener unidas las capas de tejido después de la cirugía y disminuir la formación de moretones luego de la ritidectomía. Los selladores se fabrican cuidadosamente a base de plasma sanguíneo donado que se ha examinado en busca de hepatitis, sífilis y virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Estos productos se han empleado en forma segura durante años como selladores en cirugías cardiovasculares y generales. Se cree que estos productos ayudan a reducir el sangrado quirúrgico y a mejorar la adherencia de las capas de tejido.

Cicatrices quirúrgicas previas:

La presencia de cicatrices quirúrgicas de la cirugías faciales previas puede limitar el grado de estiramiento de piel que pueda realizarse.

Asimetría:

Es posible que luego de la cirugía la apariencia corporal no sea simétrica. Factores como el tono de la piel, los depósitos adiposos, la prominencia esquelética y el tono muscular pueden contribuir a la asimetría normal en los rasgos corporales. La mayoría de los pacientes presentan diferencias entre el lado derecho e izquierdo de sus rostros antes de practicarse cualquier procedimiento quirúrgico. Es posible que se necesiten cirugías adicionales para reducir la asimetría.

Fístula parotídea:

La glándula parótida se encuentra en el ángulo de la mandíbula y produce saliva. En los estiramientos faciales más profundos, la glándula puede abrirse y resultar en una filtración persistente de esta saliva al lugar donde se realizó la cirugía de estiramiento facial. Esto se conoce como fístula salival o parotídea. Una prueba sencilla del fluido, llamada prueba de amilasa, determinará la presencia de fístula salival o parotídea. Pueden ser necesarios tratamientos no quirúrgicos adicionales como BOTOX® o tratamiento quirúrgico para cerrar una fístula salival o parotídea**.**

Seroma:

Con escasa frecuencia, luego de una cirugía o trauma o de realizar ejercicio vigoroso, puede acumularse fluido entre la piel y los tejidos subyacentes. Si esto ocurre, puede ser necesario realizar procedimientos adicionales de drenaje de fluidos. Es recomendable tratar el seroma para prevenir un resultado desfavorable. Si esto ocurre, avise a su cirujano, ya que puede ser necesario realizar procedimientos de drenaje de fluidos. Un seroma luego de un estiramiento facial usualmente se resuelve luego de aspiraciones repetidas.

Recurrencia de signos de la edad/nueva realización de un estiramiento facial:

Un estiramiento facial es una medida temporaria para mejorar los signos visibles del envejecimiento. La duración exacta o longevidad de su estiramiento facial puede depender de numerosos factores, los cuales incluyen su estructura ósea y el aumento o pérdida de peso, así como también la técnica utilizada para llevar a cabo el estiramiento facial. El estiramiento facial no puede detener el proceso de envejecimiento. Puede mejorar los signos más visibles del envejecimiento mediante el estiramiento de estructuras más profundas, volviendo a cubrir el la piel del rostro y el cuello y extrayendo áreas seleccionadas de adiposidad, de ser necesario.

Distorsión de las marcas anatómicas:

_____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®

Existe el riesgo inherente de distorsión del nacimiento del cabello, quemaduras laterales y lóbulos de la oreja, junto con la forma del rostro, ojos y cuello durante un procedimiento de estiramiento de rostro/cuello. Esta distorsión puede ser permanente y puede requerir otras cirugías para su mejora.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y que se responda a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.

_____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®

CONSENTIMIENTO para CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO o TRATAMIENTO

1. Mediante la presente autorizo al Dr. Thomas Jeneby y a sus posibles asistentes a realizar una **cirugía de estiramiento facial.**

   He recibido la siguiente hoja informativa: **Cirugía de estiramiento facial.**

2. Reconozco que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o la anestesia, la presentación de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los enumerados anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado y a sus asistentes o personas designadas a realizar dichos otros procedimientos, necesarios o convenientes, con base en su criterio profesional. La autoridad otorgada en este párrafo incluye todas las afecciones que requieran tratamiento, incluso aquellas que mi médico no conozca al momento de iniciado el procedimiento.

3. Doy mi consentimiento a la administración de anestésicos considerados necesarios o convenientes. Comprendo que todas las formas de anestesia entrañan riesgos y la posibilidad de complicaciones, lesiones y hasta la muerte.

4. Comprendo lo que mi cirujano puede o no hacer, y comprendo que no se pueden garantizar resultados de forma implícita ni específica. He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objetivos son realistas y cuáles no. Se ha respondido a todas mis preguntas, y comprendo los riesgos inherentes (específicos) a los procedimientos que deseo, así como los riesgos y complicaciones, beneficios y alternativas adicionales. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder.

5. Doy mi consentimiento a la toma de fotografías o a la televisación antes, durante o luego de la/s operación/es o procedimiento/s a realizar, lo que incluye partes adecuadas de mi cuerpo, para fines médicos, científicos o educativos, siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.

6. Con fines de avanzar en la educación médica, doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones.

7. Doy mi consentimiento a la eliminación de tejidos, dispositivos médicos, o partes corporales que se extraigan.

8. Soy consciente de que la utilización de productos sanguíneos conlleva riesgos potenciales significativos a mi salud, y doy mi consentimiento a su utilización siempre que mi cirujano y/o sus asistentes lo consideren necesario.

9. Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a las agencias pertinentes para fines de informe legal y registro de dispositivos médicos, si es aplicable.

10. Comprendo que los honorarios del cirujano son separados de los cargos de anestesia y hospitalarios, y estoy de acuerdo con dichos honorarios. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, este conllevará gastos adicionales.

11. Me doy cuenta de que tengo la opción de no realizar la operación. Renuncio a este procedimiento _____.

12. SE ME HA EXPLICADO LO SIGUIENTE EN TÉRMINOS QUE PUEDO ENTENDER:
    a. EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTEDICHO QUE SE REALIZARÁ
    b. LAS POSIBLES OPCIONES DE PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS
    c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y A LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE (1-12)
ESTOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN OFRECIDA.

_____

Paciente o persona autorizada a firmar en su lugar

Fecha/hora_____ Testigo _____

____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®