

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN O TRANSFERENCIA GRASA (LIPOFILLING)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La propia grasa de una persona se puede utilizar para mejorar la imagen corporal, movilizándola desde un área donde se necesita menos como muslos, abdomen..., a un área que ha perdido volumen debido al envejecimiento, traumatismos, cirugía, defectos congénitos u otra causa.

La grasa es extraída de la zona donante mediante liposucción con una cánula a través de pequeñas incisiones. Esta grasa se somete a una preparación específica de lavado, filtración y/o centrifugado, antes de infiltrarse en la zona deseada, mediante agujas específicas.

Puesto que parte de la grasa pierde su volumen durante cierto tiempo, su cirujano puede inyectar más de lo necesario para alcanzar el resultado final deseado. Durante unas semanas, la cantidad de grasa transferida disminuirá en un porcentaje variable. A veces se necesita más de un tratamiento para obtener o mantener un buen resultado.

La grasa transferida puede hacerse firme y causar abultamientos, por lo que puede ser necesario hacer estudios radiológicos (mamografías, ecografías o resonancias), para asegurar que estos bultos no son debidos al cáncer. Es también posible que pueda ser necesaria una biopsia, si existiera algún hallazgo anormal en las pruebas de imagen.

El procedimiento se pueden hacer con anestesia local, sedación o anestesia general.

La finalidad es reconstruir la mama extirpada mediante transferencia de grasa propia. La grasa transferida aumenta el volumen de la zona tratada y mejora la calidad de la piel local (sobre todo en casos de piel radiada), lo que favorece el proceso de reconstrucción mamaria.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatrices, que pueden ser poco atractivas y de color diferente a la piel de alrededor.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Hematoma.
- Cicatrización dolorosa o anómala de la piel y tejidos profundos, que pueden limitar su movimiento y función.
- Colección de líquido en la herida.
- Necrosis grasa (muerte de la grasa transferida) causando firmeza, malestar o dolor. Se pueden formar quistes en el lugar de transferencia de la grasa.
- Deformidades.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Alteraciones de la sensibilidad en la zona.

Riesgos poco frecuentes:

- Efectos a largo plazo: cambios en la forma o el aspecto del área donde la grasa fue quitada o transferida, pueden ocurrir como resultado del envejecimiento, la pérdida o el aumento de peso u otras circunstancias.
- Dolor crónico, puede ocurrir después de la retirada o de transferencia de grasa.
- Pérdida de tejido: en casos raros, la grasa transferida puede dañar la piel sobre el área tratada con resultado de pérdida de piel y tejido de alrededor.
- Daños, temporales o permanentes, a estructuras profundas como nervios, vasos sanguíneos o músculos durante el procedimiento.
- Reacciones alérgicas.
- Embolia grasa: paso de gotitas de grasa a la circulación sanguínea que puede producir un fallo respiratorio agudo.
- Meningitis: inflamación de las meninges, tejido que rodea el cerebro y la médula espinal.
- Trombosis: coágulo en el interior de un vaso sanguíneo.
- Embolia pulmonar: coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO:

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Inyección de sustancias artificiales para mejorar el volumen del tejido (ácido hialurónico, ácido poligláctico, etc).
- Implantes artificiales u otros procedimientos quirúrgicos (colgajos).



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Obstetricia
y Ginecología*

AUTORIZACIÓN PARA “INFILTRACIÓN O TRANSFERENCIA GRASA (LIPOFILLING)”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: