

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN O TRANSFERENCIA DE GRASA (LIPOFILLING)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El lipofilling es una técnica quirúrgica en la que se utiliza la propia grasa de una persona para mejorar la imagen corporal. La grasa se moviliza desde un área donde se necesita menos como muslos, abdomen, etc. 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, el 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 no es posible alcanzar resultados óptimos con un solo procedimiento. Pueden ser necesarios múltiples procedimientos.

La grasa transferida puede endurecerse y provocar abultamientos. En ese caso, es necesario realizar estudios radiológicos (mamografía, ecografía o resonancia) para confirmar que estos bultos se deben al procedimiento y no a otra patología. Incluso podría ser necesario efectuar una biopsia si se detecta algún hallazgo anormal en las pruebas de imagen.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos imprevistos.

Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.

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. No se puede asegurar una simetría exacta ni un resultado estético que iguale al de la mama original.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatrices: todos los procedimientos invasivos dejan cicatrices, algunas más visibles que otras.

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:

- Hematoma o sangrado de la herida, puede requerir tratamiento urgente para drenar la sangre acumulada (hematoma).
- Infección de la herida quirúrgica.

- Colección de líquido en la herida (seroma).
- Necrosis grasa (muerte de la grasa transferida) causando firmeza, malestar o dolor. Se pueden formar quistes en el lugar de transferencia de la grasa y puede ser necesaria la punción-aspiración del líquido oleoso que contienen.
- Deformidades o cambio del aspecto: típicamente la grasa transferida pierde algo de su volumen en un tiempo y después se hace estable.
- Resultado insatisfactorio por cicatrización anómala o deformidades visibles inaceptables, pérdida de función, dehiscencia de heridas, necrosis cutánea o pérdida de sensibilidad.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- 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, ocasionando un aspecto no deseado.
- 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.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

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).

AUTORIZACIÓN PARA " INFILTRACIÓN O TRANSFERENCIA DE GRASA (LIPOFILLING)"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: