

|                    |              |                             |              |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| <b>SERVICIO:</b>   |              | <b>Nº Historia Clínica:</b> |              |
| <b>Unidad:</b>     |              | <b>Nombre Paciente:</b>     |              |
| <b>Habitación:</b> | <b>Cama:</b> | <b>Fecha Nacimiento:</b>    | <b>Sexo:</b> |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BICHECTOMÍA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:   |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **BICHECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

Llamamos bichectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del exceso de plenitud de las mejillas.

La intervención puede realizarse bajo anestesia local; anestesia local asociada con sedación y analgesia; o anestesia general. El tipo de anestesia seleccionado dependerá de los deseos y características del paciente, así como de la experiencia del facultativo.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión realizada en el interior de la cavidad oral, por lo que no queda ningún tipo de cicatriz visible.

En el acto quirúrgico se realiza una resección de la llamada bolsa adiposa de Bichat, que es un acúmulo de grasa situado en la mejilla. La extracción de dicha grasa produce un adelgazamiento de la mejilla.

Tras la intervención, se recomienda una desinfección cuidadosa de la cavidad oral.

No es necesario colocar ningún tipo de apósito o vendaje. La mejilla permanece inflamada durante una o dos semanas pero, como se ha resecado la citada bolsa de grasa, esa inflamación no es prácticamente perceptible. Pasado ese tiempo, se puede observar el efecto de la intervención quirúrgica.

No es frecuente la aparición de hematomas tras esta intervención, por lo que no se deja ningún tipo de drenaje interno. Si apareciera un hematoma significativo en la mejilla, sería necesario hacer una incisión para drenarlo.

Se desaconseja la utilización de cualquier medicación que pueda afectar a la coagulación una semana antes y una semana después del procedimiento.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Disminución del aspecto de plenitud de las mejillas.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En ocasiones, puede conseguirse un efecto visual comparable, colocando sendas prótesis que aumenten el volumen de los pómulos.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad en el interior de la boca, alrededor del área de la mejilla. Esta disminución de la sensibilidad es transitoria y desaparece en unos días, pero es posible que se produzcan pequeñas lesiones por traumatismos al masticar, durante este periodo.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de *no efectuarse esta intervención*, persistirá el aspecto de plenitud de las mejillas.

### RIESGOS FRECUENTES

Este procedimiento es bastante seguro y el riesgo de complicaciones es muy pequeño.

La incisión intrabucal se realiza en la proximidad de la terminación del llamado conducto de Stenon, que es el conducto de drenaje natural de la glándula parótida – lo que se conoce como la papera-. Si se daña este conducto puede aparecer una retención de saliva en dicha glándula, con riesgo de inflamación o infección de la misma, lo que se conoce como parotiditis. Si esto ocurriera puede ser necesario realizar una recanalización del conducto de drenaje de la glándula.

Existe un riesgo pequeño de lesión de las ramas nerviosas de la sensibilidad del interior de la boca con la aparición de una falta de sensibilidad permanente del área intervenida. Si ocurriera, al no existir sensación en esa zona, se podrían producir lesiones de la parte interna de la mejilla, por mordedura durante la masticación.

Pueden aparecer, también, lesiones de alguna pequeña rama nerviosa del nervio facial. Este hecho es extraordinariamente infrecuente pero, si tuviera lugar, se produciría una parálisis de musculatura de la cara, en el área de la mejilla, con carácter transitorio en la mayor parte de las ocasiones.

Después de la operación puede quedar algún grado de asimetría de la cara. Esta asimetría puede deberse a una extracción asimétrica de la grasa o bien a una asimetría que ya existía del esqueleto de la cara y que puede hacerse más visible tras la intervención. Si no se ha extraído igual cantidad de grasa en un lado que en el otro, el tratamiento sería resecar la grasa adicional en el lado de mayor plenitud. Si la extracción ha sido igual en ambos lados se asume que dicha asimetría es constitucional y no se recomienda ningún otro procedimiento. A veces, la asimetría estará provocada por una inflamación asimétrica de la cara y el único tratamiento será esperar una solución espontánea. No obstante, estas asimetrías suelen ser prácticamente imperceptibles.

En algunas personas la extracción de grasa de la mejilla en gran cantidad se asocia a la aparición de una mejilla con aspecto muy enjuto –lo llamamos aspecto cadavérico- con el paso del tiempo. Es por ello que se recomienda resecar sólo parcialmente la grasa de la mejilla, sobre todo en personas de piel fina.

Si al cabo de unos años la mejilla tiene un aspecto excesivamente adelgazado, el único tratamiento posible es la inyección de grasa del propio paciente o bien la colocación de una prótesis de mejilla.

No hay que ignorar, 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 POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

### RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

### CONTRAINDICACIONES

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>PACIENTE</b>  |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>NOMBRE / APELLIDOS</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
|  |            |              |              |

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>  |            |              |              |
| <b>D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.   |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |