

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE MENTOPLASTIA

Ciudad y fecha:.....,/...../20.....

Yo.....

Declaro que deseo mejorar el aspecto estético de mi rostro, con el que no estoy conforme por tener un mentón poco prominente, por tal motivo se me ha propuesto efectuar el procedimiento conocido **Mentoplastia**.

- 1- Se me ha informado/a que el objetivo de la Mentoplastia es exclusivamente estético y consiste en aumentar del perfil de mi mentón, que es poco sobresaliente, con o sin aumento del contorno del borde inferior de la mandíbula y mejoría del ángulo del mismo con el cuello.
- 2- He sido informado que la Mentoplastia es un procedimiento quirúrgico que se realiza a través de una incisión realizada en el interior de la cavidad oral, o bien en el área de debajo del mentón. Esta última, debido a su forma y localización, es poco visible. En el acto quirúrgico se colocará una prótesis de un material biocompatible, como sylastic o medpore, en la profundidad del área mentoniana. El tamaño y la forma de la prótesis se decidirán antes de la cirugía en función de mis características personales y del tipo de mentón buscado. Puede ser necesario fijar la prótesis al hueso o al periostio, lo cual se haría con un tornillo de titanio o con una sutura. Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el mentón para reducir la inflamación inducida por la cirugía. Esta inflamación es más intensa en los primeros tres días de postoperatorio, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducir ésta. En el caso de que se haya realizado una incisión dentro de la boca se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. En el caso de que se realice una incisión por dentro de la boca, se dejará una sutura con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos al cabo de unos días. En el caso de una incisión en la piel de debajo del mentón, la sutura se retirará en un tiempo variable, siendo necesario realizar curas periódicas de la cicatriz hasta que esto ocurra. Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad del área del mentón, que se puede extender al labio inferior e incluso a los incisivos inferiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria.
- 3- Se me ha explicado que durante el procedimiento se requiera la administración de anestesia general, para lo cual en dicho caso intervendrá un anesthesiólogo, por lo que autorizo la colocación de accesos vasculares, habiéndome informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 4- Asimismo, informo que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, todas las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 5- La Mentoplastia es un procedimiento electivo con fines estéticos, se me ha informado que las alternativas al mismo son: La genioplastia de deslizamiento, y las osteotomías de mandíbula. Ambos procedimientos presentan mayores riesgos que la Mastoplastia, procedimiento que se me ha recomendado para mi caso particular.
- 6- Fui informado/a y he comprendido los riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico, propios al mismo o bien relacionados a las características vitales del paciente, como ser HTA, DBT, etc. Puntualmente se me ha mencionado que entre las complicaciones que puedo presentar se encuentran: **La mala posición de la prótesis o el desplazamiento postoperatorio de ésta**. Si

ello ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirla. **Lesión de los nervios del mentón**, con aparición de sensaciones desagradables o anestesia de dicha área, labio e incisivos inferiores. En el caso de que esta lesión se produjera por contacto de la prótesis con dichos nervios, sería necesario retirar la prótesis. **Infección**. La infección se asocia a un riesgo significativo de expulsión de la prótesis. En ese caso se deberá retirar la prótesis y reconsiderar una segunda intervención de una naturaleza distinta. **Reabsorción del hueso** En la mayoría de los casos, la presión de la prótesis sobre el hueso del mentón produce una reabsorción de éste a largo plazo. Esta no suele ser significativa, si bien en algunos casos puede ser tan intensa que aconseje el retiro de la prótesis. **Desprendimiento de los tejidos blandos del mentón** generada por la disección de la zona en la que se ubicará la prótesis. Ello generaría una deformidad conocida como “mentón de bruja”, de difícil corrección. **Cicatrización defectuosa y retracciones cutáneas**. Estas complicaciones necesitarían un tratamiento adicional, con la posibilidad de dejar secuelas.

- 7- Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que, autorizo al cirujano interviniente, y/o quien él designe, a realizar todos aquellos procedimientos que considere necesarios, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, habiendo comprendido los riesgos que implica tal procedimiento.
- 8- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente el resultado deseado del procedimiento, no se me ha sido garantizado la obtención del mismo.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
- 11- Manifiesto ser alérgico/a a:
- 12- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 13- Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a**.....
y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello:

