

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos lifting subnasal o lip lifting a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la modificación de las dimensiones de la porción cutánea del labio superior, o parte blanca del mismo, y de la parte roja del dicho labio, denominada porción bermellón, con el fin de mejorar las proporciones entre ambos segmentos del labio, así como mejorar la visualización de los incisivos centrales, mientras la zona está en reposo.

La intervención se suele realizar con anestesia local, o anestesia local más sedación y analgesia del paciente, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano. La anestesia local precisa de la inyección de un anestésico adecuado, que puede estar mezclado con un vasoconstrictor, del tipo de la epinefrina.

La técnica quirúrgica requiere la realización de una incisión cuya longitud y otras características determinará el cirujano. Tras la misma, se intentarán modificar las proporciones entre ambas partes del labio, estabilizando dicha modificación mediante puntos de sutura y/u otros sistemas de contención.

La intervención suele permitir, en ausencia de complicaciones, que el paciente pueda abandonar el hospital tras un corto espacio de tiempo.

Los puntos u otros signos de estabilización de la herida quirúrgica se retirarán tras un periodo de tiempo que establecerá el cirujano.

A lo largo de los días o semanas posteriores pueden ser visibles signos de inflamación de la zona, o formación de costras. Pueden aparecer hematomas postoperatorios en el área adyacente. Todo ello irá desapareciendo paulatinamente.

Como es lógico, como consecuencia de la incisión realizada, aparece una cicatriz que queda disimulada por la propia unión entre ambas porciones del labio: la más blanca y la más roja.

Los efectos definitivos de la operación puede que no se alcancen hasta pasados entre 6 y 12 meses.

Todo ello es muy variable en dependencia de las condiciones de cada paciente: el tipo de piel, la mímica o gestualidad del mismo, los tratamientos habituales del sujeto, etc.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

### En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá la disposición de ambas porciones del labio superior manteniéndose el defecto de volumen, de definición, de forma y de posición del labio del paciente.

### BENEFICIOS ESPERABLES

Se puede esperar la reducción de la longitud total del labio superior en torno a un 20-30% con respecto a su tamaño original, con una eversión de la parte roja del labio de 2-3mm, aproximadamente. Sin embargo, ya que existen múltiples variables en todos los procedimientos médicos y biológicos, y múltiples criterios de valoración, no se puede garantizar que el resultado satisfaga al paciente en todos los casos.

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Se me han explicado las alternativas a esta técnica quirúrgica, como son: el relleno con material sintético, reabsorbible o no; e relleno con grasa autóloga, es decir del propio paciente (lipofilling); la utilización de hilos tensores, otras técnicas de lifting labial, o simplemente no realizar ningún procedimiento o intervención quirúrgica.

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Hay que comprender que, después de la intervención, existe la posibilidad de que persista alguna imperfección y que el resultado pueda no ser el esperado por el paciente. A este respecto, si el cirujano o Vd. mismo establecen que es necesario realizar alguna intervención adicional o complementaria, se entiende que ello formará parte de otro procedimiento cuyas condiciones médicas e, incluso económicas, deben de ser concretadas.

Después de la intervención puede existir una anestesia de la zona que, en la gran mayoría de los casos, se resuelve en menos de un año.

Una de las complicaciones más frecuentes es la asimetría de la zona. Esta asimetría puede producirse por la lógica inflamación tras la cirugía, por la presencia de dicha asimetría con carácter previo a la intervención quirúrgica, por una asimetría de las maniobras quirúrgicas o por la lesión de alguna rama del nervio facial. Si la asimetría es marcada, puede ser necesaria otra intervención para corregirla. Si la causa de la asimetría es la lesión de la rama del nervio facial, puede quedar como secuela.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Pueden aparecer dificultades para cerrar completamente la boca de manera transitoria o definitiva. De la misma manera, su sonrisa puede verse modificada.

Es factible, también, una alopecia definitiva alrededor de la incisión.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección en el área de la incisión e incluso, una hemorragia.

Hay que señalar la contingencia de que se produzca una alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica: la dehiscencia de la misma (es decir que se abra la herida), la aparición de una cicatriz llamada queloide (una cicatriz voluminosa y más dura, generalmente poco estética) Esta última es una complicación no previsible que puede aparecer incluso en pacientes que no hayan presentado complicaciones similares previamente y que no está relacionada con la técnica quirúrgica, sino con las características genéticas del paciente.

Puede aparecer, también, dolor prolongado en la zona de la operación.

Son posibles las reacciones adversas al anestésico, como picor o enrojecimiento de la lesión.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la sedación, si esta se ha llevado a cabo: 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/sedación 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 RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

.....  
.....  
.....

### OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

.....  
.....  
.....

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

### DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE UN LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING**

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

D./D. <sup>a</sup>....., con D.N.I. ....  
y en calidad de ....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE UN LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING**

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal