

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL O 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 RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La ritidoplastia cervicofacial o “lifting” es una técnica quirúrgica que permite mejorar y rejuvenecer el aspecto de la cara y el cuello, al disminuir los signos de la flacidez de la misma. Aunque son intervenciones realizadas más comúnmente en la quinta o sexta década de la vida, el aspecto físico del paciente y el grado de envejecimiento facial que presente, puede aconsejar esta intervención quirúrgica a pacientes de diversas edades.

La ritidectomía no sirve para eliminar las pequeñas arrugas finas de la piel, ni las manchas de la misma. Es un tipo de intervención que se emplea para recolocar o reposicionar las estructuras músculo-cutáneas y adiposas de la cara y cuello.

La intervención suele practicarse con anestesia local y sedación con analgesia; o anestesia general, dependiendo de cada caso en particular. Consiste en hacer una incisión que se inicia en la llamada región temporal, aprovechando la línea de implantación del cabello, prosigue, justo por delante del pabellón auricular, contornea los lóbulos auriculares y continúa por la región llamada posterior o mastoidea siguiendo, también la línea de implantación del pelo. Así, la mencionada incisión queda muy poco visible. A través de dicha incisión se hace un despegamiento de la piel respecto del tejido que se encuentra por debajo de ésta: el llamado sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS) en la cara, y del músculo platisma en el cuello. Tras ello, la piel se tracciona en sentido posterior y superior, para ofrecer la impresión de tensión de la misma y la desaparición de la flacidez del rostro. Tras ello, se elimina la piel sobrante. La situación se consolida mediante una sutura que debe de intentar quedar disimulada aprovechando las zonas naturales del cráneo del paciente. Ello obtiene un efecto rejuvenecedor, patente, sobre todo, en el tercio facial medio e inferior, así como en el cuello.

La operación generalmente se acompaña de una cervicoplastia, procedimiento adyuvante por el cual, a través de una incisión realizada por debajo del mentón, se elimina grasa cervical y se suturan los bordes mediales del llamado músculo platisma.

Terminada la intervención, generalmente se coloca un vendaje alrededor de la cara y unos drenajes que evacúan las secreciones y la pequeña hemorragia de la zona de la intervención. Estos drenajes se retirarán entre 1 a 3 días después del procedimiento quirúrgico.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL O LIFTING

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

El paciente permanecerá en el área de recuperación postoperatoria, bajo estricto control del equipo médico hospitalario, quién al cabo de un tiempo prudencial, variable para cada paciente, decidirá el traslado a su habitación de hospitalización o el regreso hospitalario dependiendo de cada caso en particular.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirán los signos de envejecimiento facial tratados por este procedimiento, tales como el descolgamiento de los tejidos blandos faciales, el borramiento del borde inferior y el ángulo mandibular, la supresión del ángulo mentocervical, la persistencia de las arrugas cervicales horizontales y verticales, etc.

BENEFICIOS ESPERABLES

Según la técnica utilizada, puede conseguirse el reposicionamiento de los tejidos blandos de diferentes zonas de la cara: este reposicionamiento puede ser más evidente en el tercio facial medio, o en el tercio inferior, con mejoría del ángulo mentocervical. Además, la mejoría de las arrugas cervicales.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Infiltración con sustancias artificiales de relleno como el ácido hialurónico, o la hidroxiapatita cálcica. Tratamiento con radiofrecuencia. Tratamiento con láser, los llamados peelings o la dermoabrasión. Pueden realizarse, también, rellenos faciales. Asimismo, se utilizan los llamados hilos tensores.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Tras la intervención quirúrgica es muy frecuente la aparición de un edema o inflamación de la piel y de los tejidos adyacentes, que puede ser subsidiario de tratamiento con antiinflamatorios.

Cabe la posibilidad de que aparezcan cambios en la coloración de la piel que podrían ser prolongados en el tiempo y, en ocasiones, permanentes.

Existe la posibilidad de que se produzca un retraso en la cicatrización de la herida quirúrgica, una dehiscencia (apertura) de la misma o, incluso, una necrosis (destrucción) de los tejidos que rodean la herida. Ello, exigirá la adopción de las medidas concretas que se consideren más oportunas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL O LIFTING

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Al haberse utilizado material de sutura, es posible que se produzca una intolerancia al material empleado para la misma; Ello puede condicionar la presencia de pequeños abscesos y la dehiscencia parcial de la herida. Si se produjera, su cirujano le aconsejará la conducta más conveniente en su caso. También es factible que se produzca un seroma (acúmulo de líquido propio de la inflamación), un hematoma (acúmulo de sangre) o una hemorragia. En ese caso, su cirujano adoptará las medidas más oportunas que podrían incluir el drenaje de la sangre almacenada o, incluso, una transfusión sanguínea. Si la sangre se acumulara en el cuello, deberá de asegurarse la respiración del paciente mediante las técnicas aconsejables en cada caso.

Asimismo, puede aparecer una infección: ello podría precisar de un tratamiento antibiótico adecuado e incluso el desbridamiento de los tejidos desvitalizados. No es frecuente en este tipo de intervención, pero en los casos más graves, la infección puede extenderse por el organismo, pudiendo amenazar la vida del paciente.

Puede existir un déficit de sensibilidad o de motilidad en la zona intervenida, que puede ser temporal, o permanente. De la misma forma, pueden quedar sensaciones dolorosas o de hipersensibilidad en la zona.

Toda cirugía implica cicatrices, algunas más visibles que otras. A pesar de que se espera una buena cicatrización, pueden quedar anomalías en la piel y en los tejidos subcutáneos de tal manera que es posible que las cicatrices no sean muy atractivas, que tengan un color diferente al tono de la piel que se encuentra a su alrededor, o que queden marcas de las suturas que se emplearon en la cirugía. En algunos casos se necesitará una nueva cirugía correctiva o tratamientos adicionales.

Cabe la posibilidad de que se produzca una forma anormal de cicatrización denominado queloides: son cicatrices hipertróficas, que sobrepasan los límites, tanto en altura, como en anchura, de la cicatriz original. Suelen tener una justificación genética.

En este tipo de procedimientos en los que se intervienen ambos lados de la cara del paciente, es posible la secuela de una asimetría facial. En ese caso, su médico le aconsejará el mejor tratamiento para su caso.

Podría aparecer una deformidad facial persistente, una alteración en el funcionamiento de labios o párpados, la alteración de la sonrisa, la pérdida de sensibilidad de cara o cuello (transitoria o permanente), la alopecia o alteración en la línea de implantación capilar, una fístula salival, o la alteración en la movilidad del hombro.

Aunque muy raras e infrecuentes, comoquiera que la zona a intervenir es amplia, y el anestésico utilizado suele ser cuantioso, se pueden producir reacciones adversas graves al mencionado anestésico de tipo alérgico o tóxico, o complicaciones psicomotoras, vasovagales, de estimulación simpática, o idiosincrásicas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL O LIFTING

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

La utilización de la adrenalina podría facilitar la aparición de complicaciones cardiovasculares; tromboflebitis; lesiones neurológicas temporales o permanentes de tipo sensitivo o motor; convulsiones; lesiones cerebrales; shock, incluyendo el anafiláctico; e infarto de miocardio. Estas complicaciones habitualmente requieren tratamiento médico o una reintervención y, muy excepcionalmente, como posibilidad remota, pueden producir la muerte. Existen riesgos aumentados de este tipo de complicaciones en fumadores, diabéticos y pacientes con alteraciones en el sistema inmune.

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.

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 UNA RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL O 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 UNA
RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL O 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,
entendiendo, 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.ª , 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 UNA
RITIDOPLASTIA CERVICOFACIAL O LIFTING**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº 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