

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LIFTING DE TERCIO MEDIO FACIAL

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LIFTING DE TERCIO MEDIO FACIAL, 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 de tercio medio facial a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del envejecimiento del área de los pómulos y la zona que está por debajo de éstos, mediante su abordaje, con o sin ayuda de un endoscopio. La utilización de un endoscopio suele permitir el control visual del área quirúrgica sin necesidad de realizar una incisión de gran tamaño.

En el caso concreto del lifting de tercio medio facial, la intervención se puede realizar bajo anestesia general o anestesia local más sedación y analgesia del paciente, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de unas incisiones realizadas en el cuero cabelludo en la llamada zona temporal, que es la zona que se encuentra en la porción lateral del cráneo. Las incisiones, al quedar escondidas en área capilar, son invisibles tras la cicatrización. Puede ser necesario realizar una incisión dentro de la boca para completar la disección del área a tratar. En el acto quirúrgico se realiza una disección de los tejidos blandos del tercio medio de la cara y una recolocación de éstos en una posición más adecuada mediante la utilización de suturas de tracción realizadas bajo la piel.

Tras la intervención, se colocará un apósito sobre el área intervenida. Las incisiones se cierran con grapas o con algún otro tipo de sutura que se retirará aproximadamente en 10 días; la incisión del interior de la boca se cierra con una sutura reabsorbible que no es necesario retirar. Será necesario extremar la higiene en el lavado del cuero cabelludo durante las dos primeras semanas para facilitar una cicatrización adecuada y evitar infecciones de las incisiones. El primer lavado del pelo se realizará a los cinco días de la cirugía.

Pueden aparecer hematomas postoperatorios en los párpados o el área de debajo de los ojos. Estos hematomas pueden descender por la piel de la cara y tardan aproximadamente dos semanas en desaparecer.

Después de la intervención suele existir una anestesia del área temporal y del área malar que en la gran mayoría de los casos se resuelve en menos de un año. Un cierto porcentaje de pacientes refieren un picor significativo durante unos meses.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LIFTING DE TERCIO MEDIO FACIAL

Existe una pequeña posibilidad de que aparezca una pérdida de pelo alrededor de las incisiones de manera transitoria; esta pérdida de pelo suele ser generada por el estrés quirúrgico, el cual puede acelerar la tasa de recambio capilar, y en la gran mayoría de los casos es transitoria.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá la disposición de los tejidos de la cara, persistiendo los signos de envejecimiento de esa región, por los que se realiza la intervención quirúrgica.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de la posición de la bolsa de grasa de debajo del pómulo con aumento de la plenitud de dicha zona y atenuación de los surcos que van desde la nariz hasta el mentón o nasogenianos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La lipo-inyección facial, y la colocación de prótesis malares.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Una de las complicaciones más frecuentes es la asimetría de la cara. 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 frontal del nervio facial, quedará una parálisis de la ceja afectada y un descenso de ésta como secuela de por vida.

Puede aparecer una anestesia definitiva del área lateral de la frente, la llamada área zigomático-temporal en el caso de que se lesionen ramas nerviosas sensitivas durante el acto quirúrgico.

Pueden aparecer, también, una alopecia definitiva alrededor de las incisiones, aunque ésta es una complicación extremadamente infrecuente cuando se utiliza el abordaje mediante endoscopios.

Otras complicaciones menos frecuentes son la anestesia del labio y de los incisivos superiores o la lesión de otras ramas del nervio facial, con asimetría a nivel de la comisura labial.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección en el área de las incisiones.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LIFTING DE TERCIO MEDIO FACIAL

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.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 ésta, 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 para el equipo que me atiende.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LIFTING DE TERCIO MEDIO FACIAL

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

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo 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 equipo asistencial 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.

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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LIFTING DE TERCIO MEDIO FACIAL

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/La representante legal

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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: