

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN MINILIFTING 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 MINILIFTING FACIAL, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, pueden aparecer.

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El minilifting es una intervención quirúrgica con fines estéticos, que tiene como objetivo mejorar el aspecto de la cara y, parcialmente, del cuello, de tal forma que el rostro aparezca más terso y, en consecuencia, con un aspecto más juvenil.

Esta intervención se indica de manera muy individualizada teniendo en cuenta factores tales como la edad (que puede ser muy variable en cada caso), la forma en la que la facies del paciente ha evolucionado a lo largo del tiempo, las preferencias personales, etc. En este sentido, hay que señalar que, durante el paso de los años, se producen cambios en el tono (la tensión) de los diferentes músculos del rostro y en los diferentes acúmulos de grasa que dan forma a la cara.

El minilifting facial tiene como objetivo modificar o reposicionar las mencionadas estructuras musculares y adiposas (grasas) de la cara. Esta técnica no modifica exclusivamente la tensión de la piel de la cara (lo que puede dar al rostro una apariencia artificial y resultar poco duradera) sino que actúa, además, sobre los músculos y la grasa de la cara con lo que se consiguen resultados más duraderos y naturales.

La intervención suele practicarse con anestesia local con sedación, o anestesia general, dependiendo de cada caso en particular.

Consiste en hacer, cuidadosamente, una incisión alrededor de ambas orejas, hacia la zona superior de la cabeza, de tal forma que sea poco visible. A partir de esta incisión se levanta la piel, en las zonas adecuadas y se realizan modificaciones en los músculos y la grasa de diferentes zonas de la cara (p.ej. se realizan liposucciones, injertos de grasa, etc.). Dichas modificaciones son muy variables, en dependencia de las necesidades de cada paciente. Su equipo quirúrgico realizará la técnica de tal manera que resulte más conveniente para su caso. Una vez realizadas las modificaciones correspondientes, se elimina cuidadosamente el exceso de piel, si es que existe, y se sutura la zona incidida de forma minuciosa, para evitar cicatrices no estéticas.

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN MINILIFTING FACIAL

En muchos casos se combina, este procedimiento, con otras técnicas de cirugía facial destinadas a mejorar y corregir otras zonas específicas de la cara y cuello: párpados, etc. Su equipo quirúrgico le aconsejará sobre las mismas.

Terminada la operación, se coloca un vendaje alrededor de la cara, el cual se retirará entre 1 a 3 días después de la intervención. El tiempo de hospitalización es variable dependiendo de cada caso en particular.

Hay que señalar que el resultado definitivo de la intervención es evaluable al cabo de varios meses.

## En caso de NO EFECTUAR esta intervención

---

Se mantendrá la disposición fisiológica de las estructuras de la cara, persistiendo los signos propios del paso del tiempo.

## BENEFICIOS ESPERABLES

---

Cambios en la disposición y volumen de las formaciones normales de la grasa de la cara y de los músculos propios de la misma lo que, en general, mejora el aspecto del rostro y, parcialmente, del cuello, de tal forma que el rostro aparezca más terso y, en consecuencia, con un aspecto más joven.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

---

Existen numerosas técnicas alternativas o complementarias, cada una de ellas destinadas a la mejoría de aspectos concretos del rostro, como la lipo-inyección facial, la colocación de prótesis, etc. Su equipo médico le aconsejará sobre las distintas posibilidades de tratamiento.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

Tras la intervención quirúrgica, la cara puede verse inflamada de un lado, del otro, o ambos a la vez, de manera variable, a lo largo de unos días o semanas. Si la inflamación persiste, puede condicionar una alteración en el resultado final de la cirugía. Para evitarlo se indican antiinflamatorios, medios físicos y recomendaciones posturales durante el postoperatorio.

La aparición de equimosis (moratones) es muy variable y depende de cada caso en particular. Si así fuera, podrá disimularlos con corrector o maquillaje durante los 10-15 días posteriores a la operación. En algún caso, puede producirse una pequeña hemorragia y formarse un acúmulo de sangre. Si ocurre, dependiendo de su magnitud del sangrado y del hematoma, el equipo médico evaluará la situación al retirar el vendaje y pudiera decidir mantener la compresión con el vendaje durante un período mayor de tiempo, realizar algún procedimiento de drenaje, o realizar una cirugía de revisión para controlar el sangrado, en caso de que se necesite.

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN MINILIFTING FACIAL

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

Comoquiera que los nervios que movilizan la cara pasan cerca de las estructuras que se intervienen, podrían aparecer lesiones de alguna rama del nervio facial o del nervio trigémino, lo que justificaría la aparición de una zona de parálisis, en mayor o menor grado, y/o una zona de anestesia, acorchamiento de la piel, o sensibilidad de la misma. Todo ello es raro, pero no podemos garantizar que este riesgo sea inexistente. Si ocurriera pueden realizarse diferentes tratamientos médicos, quirúrgicos, fisioterápicos, etc., para intentar corregir o al menos mejorar la complicación.

Pueden aparecer, también, zonas de alopecia alrededor de las incisiones, aunque ésta es una complicación infrecuente que, casi siempre, mejora por sí sola. En caso de no remitir, podría ser necesario un retoque de la cicatriz o incluso la colocación de injertos de cabello, según la extensión de la alopecia.

Pueden aparecer cicatrices poco estéticas o dolorosas: su equipo asistencial le tratará, de acuerdo a las circunstancias de las mismas, para solucionarlas de la mejor manera posible. Como en todas las intervenciones quirúrgicas, a pesar de que se observan las más esmeradas medidas de higiene, cabe la posibilidad de que se produzca una infección en el área de las incisiones. Ello requeriría un tratamiento específico.

Cabe la posibilidad de que las estructuras intervenidas (músculos, grasa, etc.) se necrosen. En algunos casos, dicha necrosis puede dejar secuelas como escaras, úlceras, etc. que requieran procedimientos médico-quirúrgicos posteriores.

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.

En ocasiones, no se consigue un resultado satisfactorio. En esos casos, pueden realizarse intervenciones quirúrgicas complementarias, como por ejemplo las destinadas a disimular las cicatrices, las anomalías del tamaño y forma de la cara, etc. Todo ello si el/la paciente lo desea o el equipo quirúrgico lo considera oportuno para mejorar el resultado de la cirugía. A este respecto, si el equipo quirúrgico 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.

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN MINILIFTING FACIAL

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 del paciente, 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.

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.

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN MINILIFTING FACIAL

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 UN MINILIFTING FACIAL

## 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/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: .....