

**Consentimiento Informado para Lifting Cervico-Facial**

**Instrucciones:**

Este es un documento de Consentimiento Informado que ha sido preparado para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre el Lifting Facial, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.

**Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, coloque su firma en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.**

**Introducción:** El lifting o estiramiento facial o ritidectomía es un procedimiento quirúrgico para mejorar los signos visibles de envejecimiento de la cara y el cuello. Conforme el individuo envejece, la piel y los músculos de la región de la cara empiezan a perder tono. El lifting facial no puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede mejorar los signos más visibles del envejecimiento mediante el tensado de las estructuras más profundas, la readaptación de la piel de la cara y el cuello, y la extirpación de áreas seleccionadas de grasa. Un lifting facial puede realizarse aisladamente o en conjunto con otros procedimientos, como un lifting de cejas (frontal), liposucción, cirugía de párpados o cirugía nasal. El lifting facial se individualiza para cada paciente. El mejor candidato para un lifting facial es el que tiene una cara y cuello que han empezado a relajarse, pero cuya piel tiene elasticidad y cuya estructura ósea está bien definido.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Lifting Facial

**Tratamiento Alternativo:** Las formas alternativas de manejo consisten en no tratar la laxitud de la cara y el cuello con un lifting facial (Ritidectomía). Puede intentarse mejorar la laxitud cutánea, arrugas y depósitos grasos mediante otros tratamientos o cirugías, como los peeling químicos faciales o la liposucción. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados con las formas alternativas de tratamiento.

**Riesgos del Lifting Facial (Ritidectomía):** Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados al Lifting facial. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación de riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias del lifting facial.

**Sangrado:** Es posible que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía.

**Infección:** La infección después de la cirugía es muy rara. Si ocurre, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.

**Selección del Paciente:** Los individuos con tono pobre de la piel, problemas médicos, obesidad, o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para una Intervención de este tipo.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Lifting Facial

**Cicatrización:** Aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles por las suturas. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.

**Retraso en la Cicatrización:** Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la cara pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar.

**Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.**

**Lesión de Estructuras Profundas:** Estructuras profundas tales como vasos sanguíneos, músculos y particularmente nervios, puede ser dañados durante el curso de la cirugía. La posibilidad de que esto ocurra varía según el tipo de procedimiento de lifting facial empleado. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.

**Dolor Crónico:** Un dolor crónico puede ocurrir muy infrecuentemente tras una ritidectomía. Es una complicación muy rara, causada por una cicatrización dolorosa de un nervio, y que casi siempre se soluciona por sí sola.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Lifting Facial

**Asimetría:** El rostro humano es normalmente asimétrico, puede haber pequeñas variaciones de simetría entre un lado y otro, en el resultado de un lifting facial, más frecuentemente cuando las estructuras óseas ya son asimétricas en el preoperatorio.

**Anestesia:** Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

**Alteraciones o Cáncer de Piel:** El lifting es un procedimiento para recolocar la piel y las estructuras profundas. Las alteraciones de la piel y el cáncer de piel pueden ocurrir independientemente del lifting facial.

**Resultado Insatisfactorio:** Existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio en el lifting facial. Infrecuentemente se necesita realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.

**Reacciones Alérgicas:** En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrappo, materiales de sutura, o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistemáticas que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

**Pérdida de Pelo:** Puede ocurrir pérdida de pelo en áreas de la cara donde la piel se levanta durante la cirugía. La ocurrencia de este hecho no predecible generalmente se soluciona al cabo de unos meses.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Lifting Facial

**Efectos a Largo Plazo:** Pueden ocurrir alteraciones subsecuentes en el aspecto de la cara como consecuencia del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, exposición al sol, u otras circunstancias no relacionadas con la ritidectomía. El lifting fácil no detiene el proceso de envejecimiento ni produce recolocación permanente de los tejidos de la cara y el cuello. Puede necesitarse en un futuro cirugía u otros tratamientos para mantener los resultados de una ritidectomía.

**Necesidad de Cirugía Adicional:** Existen muchas condiciones variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influenciar los resultados a largo plazo de un Lifting Facial. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con Lifting Facial. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una Ciencia Exacta y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

**Responsabilidades Económicas:** El costo de la cirugía resulta de diversos cargos prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el costo del material quirúrgico, anestesia, y cargos del hospital, dependiendo de donde se realice la cirugía. Puede haber costos adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía, los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Lifting Facial

**Renuncia:** Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes, en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre todos los métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso en particular y en el estado del conocimiento médico. Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan y los modelos de práctica evolucionan.

**ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.**

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Lifting Facial

### **Consentimiento para Cirugía / Procedimiento o Tratamiento**

1- Por la presente autorizo al Dr. Boris Segal y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Lifting Cervico-Facial (Ritidectomía)

\_\_\_\_\_.

2- He leído, comprendido y firmado las páginas del "Consentimiento Informado para Lifting Facial (Ritidectomía)".

3- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

4- Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

5- Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

6- Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que pueda ser obtenido.

7- Doy el consentimiento para el fotografiado y filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

Firma Paciente: .....Consentimiento Informado para Lifting Facial

8- Me ha sido explicado de forma comprensible:

A) El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.

B) Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.

C) Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

9- Localización de las cicatrices.

**Firme en el siguiente consentimiento:**

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-9), excepto el punto número: \_\_\_\_\_ SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MÁS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre, apellidos y firma

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre, apellidos y firma



### **Normas de Ingreso Quirúrgico**

Las siguientes indicaciones son muy importantes para su tratamiento; lea completamente la hoja y coloque su firma

#### **Antes de la Intervención:**

En los días previos a la intervención:

- 1- Recuerde NO TOMAR ningún medicamento, sin consultarlo, incluidos los utilizados para dolores o catarros y los que lleven ASPIRINA.
- 2-Notifíquenos cualquier cambio de salud (resfriados, infecciones).
- 3-Adviértanos si toma o ha tomado alguna medicación para regular la presión arterial o la coagulación de la sangre, para el corazón, para tratar la diabetes, reuma, nervios, depresión, enfermedades mentales o cualquier infusión o "hierbas", complejos vitamínicos o drogas.
- 4-NO DEBERÍA FUMAR durante las dos semanas previas a la intervención y las dos semanas posteriores, como mínimo.

#### **El Día Anterior al Ingreso:**

- 1-Coma alimentos ligeros y evite bebidas alcohólicas.
- 2-Extremar la higiene (baño completo y esmerado) contribuye a prevenir las infecciones postoperatorias.
- 3- No tome nada por boca, ni líquidos (Ayuno Total) desde 8 horas antes de la intervención.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

### **El Día del Ingreso:**

Debe dirigirse a Admisiones (Ingresos) situado en..... el día:  
.....a las.....horas.

1- Con ropa funcional.

2-En su habitación: Deberá vestirse con la prenda de Block quirúrgico que le facilitarán, sin ropa interior y deberá quitarse todos los objetos metálicos (Reloj, anillos, pendientes, pulseras, piercing, etc.), así como las piezas dentales móviles.

3- Deberá retirarse el maquillaje o esmalte de uñas.

### **Durante la Internación:**

Normas Postoperatorias:

1- Después de la intervención usted tendrá la boca un poco seca, pueden humedecerse los labios, pero no puede beber agua hasta pasadas unas horas. Consulte con las enfermeras cualquier duda que pueda tener.

2- Es obligatoria la presencia de un/a acompañante durante todo el período de ingreso postoperatorio hasta el Alta.

3- Puede levantarse tan pronto como se lo permita, PERO CON AYUDA. No intente levantarse si se encuentra solo/a en la habitación, ya que podría sufrir un desvanecimiento

4-No es extraño tener temperatura axilar hasta 38°C, si aumenta debe ser comunicado.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

### **Cuidados Postoperatorios:**

1-Antes de ser dado de Alta, se le indicará el tratamiento que debe seguir en su domicilio y el día que debe acudir a la consulta, para efectuar los controles necesarios (llamar para confirmar la hora).

2-Puede ducharse a partir del segundo día, evitando friccionarse en las áreas intervenidas y al finalizar, deberá secarse con secador frío sobre las incisiones para mantenerlas secas.

3- Deben de ser evitados los esfuerzos y las actividades deportivas por un período de tres a seis semanas aproximadamente.

4- En ningún caso deberá tomar sol o los rayos UVA sobre las incisiones.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico