



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE REJUVENECIMIENTO LABIAL

D./Dña.:.....de.....años de edad.

(Nombre y dos apellidos)

c o n d o m i c i l i o e n .....

y .....

D.N.I.nº.....en

calidad

de.....

(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Autorizo al Dr./a ...ALBERTO CANDAU ALVAREZ..y a su equipo a intervenirme según hemos acordado verbalmente y por escrito. **Reconozco y comprendo el proceso al cuál voy a ser sometido/a**, tanto en su diagnóstico, pronóstico y tratamientos que el doctor y su equipo consideren oportunos.

Reconozco que una vez leídos los siguientes puntos, incluyendo las complicaciones inherentes a la cirugía, acepto llevar a cabo el procedimiento quirúrgico, **consciente de los riesgos y beneficios** de dicho procedimiento.

He sido correctamente informado de los métodos alternativos de tratamiento para mi caso, pero opto, consciente y libremente por un/ una: CIRUGÍA DE REJUVENECIMIENTO LABIAL (LIP LIFT)

Considero este tratamiento necesario para mí, ya que siento preocupación por mi problema y creo que esta es la mejor manera de resolverlo de todas las que me han explicado.

Si durante el tratamiento surgiera alguna situación inesperada o complicación que requiriese algún procedimiento distinto a los inicialmente previstos y que me han sido explicados, solicito y autorizo al equipo médico para que realice aquello que crea necesario y conveniente para preservar mi salud, incluidas transfusiones, re intervenciones o traslados a otro centro hospitalario, entendiéndolo y aceptando que dichas acciones pueden modificar los costos y presupuestos a asumir por mi persona.

Reconozco y acepto que en cirugía estética (y este procedimiento lo es) **no se pueden dar garantías ni seguridad absolutas en cuanto al resultado de los procedimientos ni salud del paciente**, ya que en estos intervienen, a lo largo del trans y del postoperatorio, factores y variables independientes de la técnica, el material y los instrumentos utilizados.

Soy consciente que someterse a una intervención quirúrgica puede provocar cualquier complicación grave y ocasionarme lesiones agudas, crónicas e incluso la muerte.

Autorizo la obtención de documentación icnográfica sobre mi caso, que sirva para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados. Esta información puede ser utilizada para fines de difusión científica y académica, así como para evaluación de resultados.

Fecha.

Firma Dr.: Alberto Candau Alvarez

Firma paciente:

### Información General:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada *CIRUGÍA DE REJUVENECIMIENTO LABIAL (LIP LIFT)*, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, pueden aparecer.



## **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La intervención denominada “LIP LIFT” es una técnica quirúrgica realizada con anestesia local que pretende eliminar piel del labio superior con el fin de mejorar las proporciones entre el labio blanco (piel) y el labio rojo (mucosa), así como mejorar la exposición del incisivo central en reposo. Entiendo que la operación se hará con anestesia local que implica ser infiltrada en diversos puntos de mi cara.

Se explica al paciente que siempre que se realiza una incisión en el cuerpo humano se produce una cicatriz, aunque se hagan todos los esfuerzos para intentar que esa cicatriz sea imperceptible. En el caso del LIP LIFT las incisiones se camuflan en la unión del labio superior con la base de implantación de la nariz para disminuir su apreciación.

Asimismo, se explica que pueden aparecer costras y cambio en el color de la piel en las zonas de las incisiones, que suelen ser temporales, así como las molestias que pueden tenerse incluso en un postoperatorio normal. El tiempo de recuperación postoperatoria puede verse afectado por diversos factores que lo hagan más largo, los cuales son propios de cada paciente y no se pueden prever.

Se da la oportunidad de preguntar todas las dudas sobre el procedimiento y sobre el presente documento. Conozco que los resultados pueden tardar entre 6 meses a 12 meses en ser evidentes.

## **BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

Me han explicado el resultado que se puede razonablemente esperar es la reducción de la longitud total del labio superior en torno a un 20-30% con respecto a su tamaño original, con una eversión del rojo labial (mucosa) de en torno a 2-3mm. Sin embargo, ya que existen múltiples variables en todos los procedimientos médicos y biológicos, no se me han prometido ni garantizado los buenos resultados. Comprendo que después de la intervención existe la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mi. Si el doctor o yo pensamos que es necesario realizar intervenciones adicionales, comprendo que esto supondrá costos adicionales, siempre que no se hayan contratado de antemano.

## **GARANTIAS ADICIONALES**

Se me ha explicado la existencia de un SEGURO OPCIONAL que me permite la cobertura de los costes asociados a las reintervenciones y complicaciones, que tiene un coste de 139 EUROS, con duración de 1 año. Dicho seguro está realizado por la agencia de seguros BeautyProtect® (Quadmed AG, Landstrasse 36, FL-9495 Triesen, Liechtenstein). Puede consultar más información en la web [www.beautyprotect.com](http://www.beautyprotect.com)

Se me ha explicado que si no desea contratar el SEGURO OPCIONAL, los costes fijos derivados de la reintervención correrán íntegros a cargo del paciente.

## **ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

Se me han explicado las ventajas e inconvenientes del procedimiento de LIP LIFT. Asimismo se me han explicado las alternativas al tratamiento, como son: rellenos con material reabsorbible, rellenos con grasa autóloga (lipofilling), lifting labial directo (resecaando en la unión de la piel con la mucosa), o simplemente optar por no hacer nada al respecto.



## RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO

He sido informado/a que la cirugía de rejuvenecimiento labial es un procedimiento generalmente seguro, pero comprendo que a pesar de una adecuada técnica y una adecuada selección del paciente, pueden presentarse efectos indeseables y complicaciones tanto comunes derivados de toda su intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

- Riesgos poco graves y más frecuentes, derivados de toda intervención realizada con anestesia local: infección, sangrado o alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica. Dehiscencia en la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reacciones adversas al anestésico, como picor o enrojecimiento de la lesión. La aparición de cicatriz queloidea, o cicatriz hipertrófica es una complicación NO PREVISIBLE que puede aparecer incluso en pacientes que no hayan presentado complicaciones similares previamente. Dicha aparición no implica una inadecuada técnica quirúrgica, y está directamente relacionada con las características genéticas del paciente.
- Riesgos graves y poco frecuentes de toda intervención con anestesia local: aunque muy raras e infrecuentes, se pueden dar reacciones adversas graves al anestésico local de tipo alérgico o tóxico, o complicaciones no relacionadas con el mismo como pueden ser las psicomotoras, vasovagales, estimulación simpática, reacciones tóxicas locales, o idiosincrásicas. Complicaciones cardiovasculares debidas al uso de adrenalina. Tromboflebitis. Lesiones neurológicas temporales o permanentes de tipo sensitivo o motor, convulsiones, daño cerebral, shock, incluyendo el anafiláctico, e infarto de miocardio.

Las complicaciones habitualmente requieren tratamiento médico o una reintervención y muy excepcionalmente como posibilidad remota pueden producir la muerte

Existen riesgos aumentados de complicación en fumadores, diabéticos y pacientes con alteraciones en el sistema inmune

## MANEJO POSTOPERATORIO

El paciente ha de comprender que el procedimiento quirúrgico precisa indefectiblemente de unos cuidados postoperatorios, que si no se siguen de manera estricta, los resultados no se lograrán al 100%. Dichas medidas implican:

- 1) Dieta fría y blanda durante los primeros 2 días
- 2) Abstinencia ABSOLUTA de tabaco: el acto de fumar genera tensión directa sobre la cicatriz, incrementando el riesgo de aparición de cicatrices dehiscentes y queloideas.
- 3) Curas con agua oxigenada y clorhexidina dos veces al día durante las dos primeras semanas
- 4) Mantener la herida tapada con apósito durante los 5 primeros días
- 5) No forzar ni gesticular los movimientos de los labios: el éxito de la cirugía implica que la sutura no tenga tensión. Evite hablar en exceso, masticar chicle o productos no alimenticios, beber con pajita, y por supuesto fumar.
- 6) Mantenga su medicación habitual, salvo que se le haya indicado expresamente lo contrario. Además se le recomendará la toma de:
  - a. Antibiótico: Habitualmente Amoxicilina/Clavulanico 875/125mg cada 8 horas 6 días
  - b. Antiinflamatorio: Ibuprofeno 600mg cada 8 horas y Paracetamol 1gr cada 8 horas, ambos 6-7 días
  - c. Corticoide: Deflazacort 30mg en pauta descendente: 2 días cada 8 horas, 2 días cada 12 horas y 2 días cada 24 horas.
  - d. Protector gástrico: Omeprazol 40mg cada 24 horas si tiene molestias gástricas.



## **DECLARACIÓN**

Declaro que he sido informado con antelación suficiente para tomar una decisión ponderada y de forma satisfactoria acerca del procedimiento de LIP LIFT, así como de sus riesgos y posibles complicaciones.

Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance por evitarlas.

Que te he leído y comprendido este documento del que quedo con copia. Estoy satisfecho con la información recibida formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

Que la cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en cirugía estética para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización; siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso de la cirugía.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto con sólo comunicarlo al equipo médico Y firmar el documento correspondiente.

Reconozco que en el curso de la intervención pueden surgir situaciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y doy por aquí mi expresa autorización para el tratamiento de las mismas incluyendo además procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, prolongar el tiempo de ingreso, etc. en caso de complicaciones durante la intervención. Autorizo al equipo médico a solicitar la necesaria ayuda a otros especialistas según su mejor juicio profesional. Estos gastos no están incluidos en el precio de la intervención y serán abonadas por mi exteriormente. Tampoco se incluyen pruebas diagnósticas que puedan ser necesarias en el posoperatorio inmediato o tardío.

Confirmando no haber omitido o alterado datos al exponer mi historia y antecedentes clínicos quirúrgicos especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

Me comprometo a seguir correctamente en la mayoría de mis posibilidades las instrucciones del cirujano para antes durante y después de la operación antes mencionada y hasta el alta definitiva.

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.



Reconozco que tengo la responsabilidad de pagar los servicios contratados sin que pueda ser reembolsado todo o parte del importe independientemente de los resultados. Comprendo que el precio acordado es por el procedimiento y no por los resultados que espero.

## LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

En relación a su postura con respecto a las imágenes clínicas que se le han tomado, debe indicar qué tratamiento nos autoriza a dar:

Indique, de las siguientes opciones, las marcadas con una X en la casilla correspondiente:

Concede su consentimiento expresamente para la captación y reproducción de cualquier parte de su cuerpo y en general de su imagen antes durante y después del tratamiento, ya sea mediante la utilización de cámaras de video o fotográficas, o cualquier medio acto para grabar y reproducir su imagen y que en todo caso pertenecerán a la clínica serán archivadas en su historial clínico y podrán ser utilizados exclusivamente con la finalidad de realizar el tratamiento médico.

Consciente en la utilización de su imagen anteriormente referida con fines médicos científicos o docentes incluyendo la divulgación en revistas o libros siempre que no sea revelada su identidad.

Consciente en la utilización de su imagen anteriormente referida con fines médicos científicos o docentes incluyendo la divulgación en revistas o libros aunque sea revelada su identidad.

Consiente expresamente y autoriza al Dr Alberto Candau para la utilización divulgación y publicación por cualquier medio de su nombre e imagen del hecho de haberse sometido al tratamiento en la clínica así como de las fotografías o firmes captados para el mismo, con fines publicitarios o comerciales.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

## CONSIENTO

**QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO de CIRUGIA DE REJUVENECIMIENTO LABIAL (LIP LIFT) así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica En .....**a.....de.....

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

Alberto Candau Alvarez  
Cirugía Oral y Maxilofacial



Colegiado: 14/08302