

# CONSENTIMIENTO INFORMADO, HILOS TENSORES

**Centro:** [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética** · N° de autorización sanitaria: [N° AUTORIZACIÓN U.48] **Marco legal:** Ley 41/2002, de autonomía del/de la paciente (información y consentimiento por escrito en procedimientos con riesgo).

---

## 1. Identificación

- **Paciente (D./Dña.):** [NOMBRE] · **DNI / NIE:** [DNI] · **Fecha de nacimiento:** [ ]
- **Médica responsable:** Dra. [NOMBRE] · N° de colegiada **[N° COLEGIADA]** · Colegio Oficial de Médicos de [PROVINCIA]
- **Fecha de la información y firma (anterior al procedimiento):** [FECHA]

## 2. En qué consiste y con qué objetivo

Los hilos tensores son **productos sanitarios implantables** (habitualmente reabsorbibles, de polidioxanona/PDO, PLLA o policaprolactona) que se introducen bajo la piel con una cánula o aguja para producir un **efecto de sostén o reposicionamiento** de los tejidos y estimular el colágeno. Objetivo en su caso: tratar la flacidez/definir el contorno en **[ZONA]**. El efecto es **temporal**: el hilo se reabsorbe en meses y el resultado se atenúa progresivamente.

- **Producto:** [PRODUCTO] · **Lote:** [LOTE] · **Caducidad:** [CADUCIDAD] · **N° y tipo de hilos:** [ ]
- La etiqueta/tarjeta de trazabilidad del implante se incorpora a la historia clínica.

## 3. Alternativas, incluida la de no tratarse

- **No tratarse:** la flacidez permanece; opción válida y sin riesgos.
- Otros procedimientos (bioestimuladores, rellenos, radiofrecuencia, láser) con efecto y riesgos distintos.
- **Cirugía** (lifting) cuando la flacidez sea marcada: los hilos **no sustituyen** a la cirugía y su efecto es menor y más corto → derivación si procede.

## 4. Beneficios esperables, variabilidad y obligación de MEDIOS

Un efecto de tensado/reposicionamiento y mejora de la definición del contorno, más sutil que la cirugía. El resultado es **variable** según la flacidez de partida, el tipo de tejido, el número de hilos y la respuesta individual; es **temporal**. La médica pone los **medios** conforme a la buena práctica y **no garantiza un resultado concreto** (obligación de medios, no de resultado; STS 828/2021).

## 5. Riesgos

**Frecuentes y leves (transitorios):** - Dolor, hinchazón, **hematomas** y sensibilidad en los puntos de entrada y el trayecto. - Sensación de tirantez o de “cuerpo extraño” y pequeños pliegues/frunces de la piel los primeros días. - Molestia al abrir la boca o gesticular las primeras semanas.

**Infrecuentes:** - **Asimetría** o corrección desigual entre ambos lados. - Hilo **palpable o visible** bajo la piel; hoyuelos o depresiones (dimpling). - Resultado insuficiente o de **corta duración**. - Reactivación de herpes (zonas periorales).

\*\*\*\*Riesgos graves (raros):\*\*\*\* - \*\*\*\*Extrusión\*\* (el hilo asoma o se exterioriza) que obliga a retirarlo. - **Infección** local o del trayecto, que puede requerir antibióticos o extracción. - Granuloma\*\* o reacción inflamatoria alrededor del hilo. - Lesión de un **nervio** con debilidad o alteración de la sensibilidad (parestias), generalmente transitoria. - Rotura o migración del hilo.

## 6. Contraindicaciones y qué debe declarar el/la paciente

**Contraindicado / precaución en:** - \*\*\*\*Embarazo y lactancia.\*\*\*\* - **Infección** activa en la zona o cercana (incluidas infecciones dentales). - Enfermedad autoinmune o inmunodepresión; tendencia a **queloides**. - Trastornos de la coagulación o anticoagulación; alergia al material. - Expectativas no realistas (confundir el efecto con el de un lifting quirúrgico).

**Debe declarar además:** rellenos o hilos previos en la zona, medicación (anticoagulantes/antiagregantes, inmunosupresores), herpes de repetición y cirugías faciales previas.

## 7. Cuidados posteriores

- Dormir boca arriba y con la cabeza algo elevada los primeros días; evitar dormir de lado sobre la zona.
- **No masajear** ni realizar tratamientos faciales, gestos amplios, apertura forzada de la boca, ejercicio intenso, sauna ni trabajos dentales durante 2-4 semanas, según se indique.
- Dieta blanda si se ha tratado el tercio inferior facial.
- **Consultará** si aparece dolor intenso y creciente, enrojecimiento con calor, supuración, fiebre o si un hilo se exterioriza. Contacto: [TELÉFONO].

## 8. Registro fotográfico (RGPD)

El registro fotográfico pre/post con fines clínicos **forma parte de mi historia clínica** (documentación asistencial; art. 6.1.b y 9.2.h RGPD), según la **Ficha de Valoración y Registro Fotográfico. Cualquier otro uso** (docencia, redes, web, publicidad) requiere mi **consentimiento separado, específico y revocable** (documento **Consentimiento de Datos e Imagen**).  He sido informado/a de que la fotografía clínica forma parte de mi historia clínica.

## 9. Declaración de comprensión

He leído y comprendido esta información, se me ha explicado en lenguaje claro, he podido **preguntar** y se me ha **respondido**. He dispuesto de tiempo para decidir. Recibo copia.

## 10. Revocabilidad

Puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento, sin justificación y sin perjuicio para mi atención.

## 11. Firmas (ANTES del procedimiento)

Firmado en [LOCALIDAD], a [FECHA].

- Paciente / representante legal: \_\_\_\_\_ DNI: [DNI]
- Médica: Dra. [NOMBRE], colegiada [Nº COLEGIADA]: \_\_\_\_\_