

secpre

Sociedad Española de Cirugía
Plástica Reparadora y Estética



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA BLEFAROPLASTIA

El/la paciente debe firmar y escribir su nombre y la fecha de la firma en la parte inferior de cada una de las páginas del presente documento, incluida ésta.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA BLEFAROPLASTIA

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información

INFORMACIÓN GENERAL

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es eliminar el exceso de piel y músculo de los párpados, así como el tejido graso subyacente. La blefaroplastia puede mejorar la piel flácida y las bolsas y ayudar a mejorar la visión en personas mayores que presentan un exceso importante de párpado superior que cae sobre la pupila.

La intervención se realiza casi siempre bajo anestesia local, con o sin sedación (administración de un tranquilizante). Se realiza un corte en el surco medio del párpado superior y justo por debajo de las pestañas en el párpado inferior y se extirpa la piel y músculo sobrantes. En ocasiones, también se puede extirpar parte de las almohadillas grasas subyacentes, aunque esto se considera blefaroplastia estética. No es una cirugía ocular, con lo que cualquier defecto visual que exista antes de la cirugía (miopía, etc.) persistirá.

Son muy frecuentes las molestias y/o dolor en los días siguientes, así como la sensación de roce o cuerpo extraño ocular. Las suturas se suelen retirar a los pocos días de la intervención. Será necesario mantener un tratamiento local con colirios y pomadas, además de la posible necesidad de analgésicos.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

No realizar este tipo de cirugía.

RIESGOS

Todo procedimiento quirúrgico implica un cierto riesgo. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, es importante que usted los conozca:

- Edema o hematoma palpebral. Muy acentuado en los primeros tres días después de la intervención. Casi siempre se debe a la anestesia local infiltrativa y no suele necesitar tratamiento quirúrgico. Puede existir imposibilidad de abrir los ojos. Remite en unos días.

- Cicatrización. Habitualmente la cicatriz en los párpados es de buena calidad, pero pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel de los párpados como en los tejidos profundos. En casos raros pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles en el párpado o pequeños quistes cutáneos causados por las suturas. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.

- Cicatrización retardada. Existe la posibilidad de apertura de la herida o retraso en la cicatrización.
- Pérdida de pestañas. La pérdida de las pestañas puede ocurrir en el párpado inferior, donde se eleva la piel durante la cirugía. La posibilidad de que este hecho ocurra no es predecible. La pérdida puede ser temporal o permanente.
- Problemas de sequedad ocular. Después de una blefaroplastia, pueden quedar alteraciones permanentes en la producción de lágrimas. Es raro que ocurra este hecho. Las personas que tienen habitualmente sequedad ocular deben tener precaución especial a la hora de considerar someterse a una blefaroplastia.
- Asimetría. Puede existir variación entre los dos lados después de una blefaroplastia.
- Sangrado. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. El sangrado puede ocurrir debajo de la piel o internamente alrededor del globo ocular. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento o cirugía de urgencia. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde siete días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea) que no está bien controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los acúmulos de sangre bajo los párpados pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.
- Infección. La infección después de la cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- Lesión de estructuras profundas. Estructuras profundas tales como nervios, conductos lagrimales, vasos sanguíneos y músculos del ojo pueden ser dañados durante el curso de la cirugía. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.
- Ectropión. La separación entre el párpado inferior y el globo ocular es una complicación rara. Puede necesitarse cirugía adicional para corregir esta alteración.
- Problemas por exposición corneal. Algunos pacientes experimentan dificultad en cerrar los párpados después de la cirugía y pueden desarrollarse problemas en la córnea por desecación. Si ocurre esta rara complicación, pueden ser necesarios tratamientos o cirugía adicional.
- Ceguera. La ceguera tras una blefaroplastia es extremadamente rara. Sin embargo, puede ser causada por un sangrado interno alrededor del globo ocular durante o después de la cirugía. No puede predecirse la posibilidad de que ocurra este hecho.
- Resultado insatisfactorio. Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de los párpados.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinar para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material será almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....
.....
.....

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados 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 los cirujanos en el momento de iniciar el procedimiento.

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

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante legal o del paciente,

Firma del médico,

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo:

Firma del paciente,

Firma de testigo,

Firma del médico,

IMÁGENES EXPLICATIVAS

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).