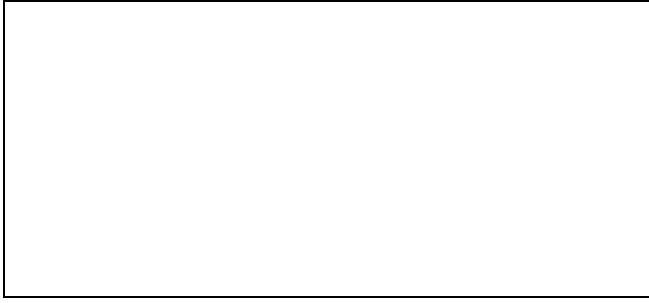


DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLEFAROPLASTIA¹



D./Dña.:de.....años de edad
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio eny D.N.I.nº.....
en calidad de.....de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña:.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la realización de una BLEFAROPLASTIA / cirugía de la DERMATOCALASIA
1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de exceso de piel y grasa en los párpados.
2.-El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación, o general.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES Por razones varias como la edad, la raza, la herencia, exposición al sol, el hábito de fumar, etc... los tejidos perioculares de los párpados condicionan su flaccidez y distensión. La piel adopta un aspecto colgante, y se produce hernia de la grasa localizada detrás y alrededor de los ojos, con la consiguiente aparición de "bolsas".

Es posible retirar el exceso de piel y las bolsas grasa, tanto en los párpados superiores como los inferiores, a través de la intervención denominada blefaroplastia, y que consiste en el abordaje por vía externa o interna (conjuntival). En el párpado superior las incisiones se realizan en el surco palpebral, por lo que quedan perfectamente disimuladas, y en el inferior se realizan a dos milímetros del borde del párpado, en un lugar donde se convierten en inaparentes. También es posible realizar, en otros casos, la blefaroplastia de párpado inferior por vía interna, sin incisión externa, en caso que no se deba retirar exceso de piel. En la intervención se retira la piel sobrante, la grasa septal y, si es preciso, la grasa hipertrofiada de la ceja, y se pueden realizar de forma simultánea correcciones de caída del párpado (ptosis palpebral) o de la ceja (ptosis de la ceja). Además se pueden emplear otras técnicas en el párpado inferior para reafirmar y dar tensión a dicha región como la creación de colgajos musculares o actuaciones sobre el canto lateral.

4.- RIESGOS/ COMPLICACIONES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

- hematoma palpebral y/o facial que es transitorio y puede durar hasta 2-3 semanas,
- infección de la herida que suele requerir la prescripción de antibióticos,
- hipercorrección o hipocorrección en el objetivo deseado, que requieren de nuevo retoque quirúrgico.
- Persistencia de bolsas malares
- lagofthalmos (imposibilidad de cierre del párpado) durante los primeros días, que produce una sequedad ocular relativa y requiere el uso de lágrimas artificiales, pero que en la mayoría de los casos es transitorio.
- cicatrices inestéticas o hipertróficas; en la mayoría de los casos son evitables evitando la exposición solar durante unas semanas, pero incluso así pueden aparecer.
- Ceguera en el ojo operado: es una complicación muy rara, que ocurre en un caso de cada 40.000 pacientes. Es, no obstante, el efecto indeseado más grave que se puede presentar, y se produce por daño en el nervio óptico. Su causa es la formación de un hematoma por detrás del ojo, que comprime y estrangula la circulación del nervio óptico. De ello podría resultar una pérdida de visión irreversible en el ojo afectado, a pesar del tratamiento temprano con medicamentos y cirugía de urgencia.
- Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e incluso fallecimiento por fallo

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones)

- Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

6- ALTERNATIVAS Para eliminar las bolsas de grasa no existe alternativa que no sea la quirúrgica, sea en extirpación o recolocación. El exceso de piel puede tratarse, además, con métodos que reducen su flaccidez sin extracción, como el peeling químico o fotoablativo (láser), aunque son menos efectivos en caso de exceso de piel importante. Ninguno de estos momentos es útil para eliminar bolsas.

7- DECLARO 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 Oftalmología 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.

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.

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

8- AUTORIZO : a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares.

A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado.

A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Y en tales condiciones

CONSENTIMIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO de BLEFAROPLASTIA así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

Ena.....de.....2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña..... de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

En calidad de paciente / representante legal, familiar o allegado

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Ena.....de.....2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte.legal, familiar o allegado