

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Orden de la Generalitat de Catalunya, (DOGC nº 1477 de 7-8-1991)

BLEFAROPLASTIA

INFORMACION SOBRE BLEFAROPLASTIA

- La edad, exposición al sol, la herencia, el fumar, son factores que condicionan la flaccidez de la piel periocular. Los tejidos se distienden, la piel adopta un aspecto colgante y se produce hernia de la grasa localizada detrás y alrededor de los ojos (bolsas). Frecuentemente, también existe caída (ptosis) de los párpados y de las cejas y en la zona del pómulo (festones).
- Es posible retirar el exceso de piel colgante y las bolsas en ambos párpados, a través de incisiones que se camuflan en los pliegues normales de la piel (por debajo de las pestañas inferiores, en las patas de gallo y en el pliegue palpebral superior).
- Cuando el exceso de piel es escaso o nulo, las bolsas (grasa), pueden eliminarse por dentro de los párpados, sin incisión en la piel. En otras ocasiones, la grasa no se elimina, sino que se redistribuye para remodelar el contorno de los párpados.
- Con cierta frecuencia y para evitar complicaciones o para lograr un aspecto estético más natural, la blefaroplastia se combina con un reforzamiento (elevación) de las cejas o de la glándula lagrimal y de los párpados superior o inferior.

ALTERNATIVAS

- Para eliminar las bolsas (hernia de grasa): no existe alternativa a su extirpación, salvo que consideremos su redistribución. A menudo se combinan redistribución y extirpación.
- El exceso de piel: puede tratarse por métodos que reducen su flaccidez sin extracción. Hablamos del peeling químico y el resurfacing con láser. Ninguno de los dos métodos es útil para eliminar las bolsas.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

- Las complicaciones son infrecuentes. Las más comunes son: persistencia de marcas o cicatrices aparentes, retracción de los párpados (ectropion) o su defecto de cierre (lagofthalmos); alteración del contorno de los párpados, que adoptan un aspecto redondeado. Todas estas alteraciones pueden corregirse con intervención quirúrgica.
- Aunque muy infrecuente, la complicación más grave que puede resultar, es la pérdida de visión por daño en el nervio óptico (cable que conecta el ojo con el cerebro). Se produce en los raros casos en los que se forma 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, incluso hasta la ceguera, a pesar del tratamiento temprano con medicamentos y cirugía.
- *Para llevar a cabo la intervención en las mejores condiciones posibles y minimizar la incidencia de complicaciones por sangrado, evite tomar todos los medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico (ASPIRINA, ADIRO, TROMALYT, COULDINA) y todos los antiagregantes plaquetarios en general (PLAVIX, TIKLID, DISGREN, ISCOVER, PERSANTIN, ASASANTIN) dos semanas antes de la intervención y una después. En el caso de seguir tratamiento con anticoagulantes orales (SINTROM), recibirá instrucciones específicas acerca de su interrupción.*

D/ª:

Fecha:

- He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en su caso se aplique.
- Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, **doy mi consentimiento:**

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.
- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.
- Para que pueda asistir personal autorizado a la cirugía.
- Para que, en caso de que exista un contacto accidental (pinchazo o salpicadura) de mi fluido biológico (sangre, orina, etc) con uno de los profesionales del Centro, se me practique como Medida de Prevención de Riesgos Laborales, una extracción de sangre y una posterior analítica para determinar VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Dr./Dra.

TUTOR LEGAL o FAMILIAR:

D/ª:

DNI:

FIRMA DEL TUTOR o FAMILIAR