

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos frontoplastia endoscópica a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de la ptosis ciliar -la caída o descolgamiento de la región de las cejas-, mediante su abordaje con ayuda de un endoscopio rígido de luz fría, favoreciendo, así, el acceso al área quirúrgica sin necesidad de realizar una incisión de gran tamaño.

En el caso concreto de la frontoplastia endoscópica, la intervención se puede realizar bajo anestesia general o anestesia local más sedación y analgesia del paciente, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de unas incisiones realizadas, en el cuero cabelludo, en las áreas frontal y temporal. Las cicatrices, al quedar escondidas en área capilar, son invisibles tras la cicatrización.

En el acto quirúrgico se realiza, por debajo de la piel, un debilitamiento quirúrgico de los músculos que pueden traccionar hacia abajo de las cejas (los llamados: orbicular de los ojos, procerus, corrugador y depresor supercilii). El debilitamiento se lleva a cabo mediante cortes en dichos músculos y/o resecciones de parte de ellos. La nueva posición de la ceja se refuerza mediante la utilización de suturas realizadas por debajo de la piel.

Tras la intervención, se colocan unos tubos de drenaje que deberán mantenerse aproximadamente 48 horas. Las incisiones se cierran con grapas o con algún otro tipo de sutura que se retirará en unos días. Será necesario extremar la higiene en el lavado del cuero cabelludo durante las dos primeras semanas, para facilitar una cicatrización adecuada y evitar infecciones de las incisiones. El primer lavado del pelo se realizará a los cinco días después de la cirugía.

Suele ser necesaria la utilización de esparadrapos durante unos días para mantener la nueva posición de la ceja mientras se termina de resolver la inflamación del área intervenida. Estos esparadrapos se han de cambiar con cierta regularidad.

Pueden aparecer hematomas postoperatorios en los párpados o el área de debajo del ojo. Estos hematomas pueden descender por la piel facial y tardan aproximadamente dos semanas en desaparecer.

Después de la intervención suele existir una anestesia del área frontal que, en la gran mayoría de los casos, se resuelve en menos de un año. Un alto porcentaje de pacientes -se ha señalado hasta un 25%- refieren un prurito, es decir picor, significativo durante un periodo de tres meses. Existe una pequeña posibilidad de que aparezca una pérdida de pelo alrededor de las incisiones de manera transitoria. Esta pérdida de pelo suele ser generada por el estrés quirúrgico, el cual puede acelerar la tasa de recambio capilar, y en la gran mayoría de los casos es transitoria.

### En caso de NO EFECTUAR esta intervención

persistirá la malposición de las cejas, y los signos de envejecimiento del tercio facial superior por los que se realiza la intervención quirúrgica.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

### BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de la posición de las cejas con la consiguiente mejoría del aspecto estético de esta región fronto-orbitaria. Es esperable la mejoría de la asimetría en la posición de éstas, si es que hubiera existido, aunque puede persistir una discreta asimetría. Suelen atenuarse las arrugas a nivel glabellar, frontal y temporal.

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La inyección de toxina botulínica, la elevación directa por resección de la piel de la región superior de las cejas, y la llamada frontoplastia por abordaje coronal.

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Una de las complicaciones más frecuentes es la asimetría en la posición de las cejas. Esta asimetría puede producirse por la inflamación lógica en el periodo postoperatorio, la presencia de dicha asimetría con carácter previo, una asimetría de las maniobras quirúrgicas o por la lesión de la rama frontal del nervio facial. Si la asimetría es marcada, puede ser necesaria otra intervención para corregirla. Si la causa de la asimetría es la lesión del nervio facial, quedará una parálisis de la ceja afectada y un descenso de ésta como secuela definitiva.

Puede aparecer una anestesia definitiva del área frontal en el caso de que se lesione gravemente el paquete vásculo-nervioso supraorbitario, es decir el nervio de la zona, durante el acto quirúrgico.

Pueden aparecer, también, una alopecia definitiva alrededor de las incisiones, aunque ésta es una complicación extremadamente infrecuente cuando se utiliza este tipo de abordaje.

Otras complicaciones menos frecuentes son la lesión de la piel frontal con aparición de una pequeña área de necrosis, la expulsión de las suturas, o la aparición de un pequeño abultamiento a nivel de la raíz nasal.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

### RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

### OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

### DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup>....., con D.N.I. ....  
y en calidad de ....., es consciente de que el paciente  
cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que  
asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal