

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA INFERIOR

Nombre y apellidos:.....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

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

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Centro: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada BLEFAROPLASTIA INFERIOR, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos blefaroplastia inferior a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del exceso de piel y/o el abultamiento de las bolsas de grasa del párpado inferior, para el tratamiento de la llamada dermatoacalasia palpebral inferior, blefaroacalasia palpebral inferior, prolapso de bolsas adiposas palpebrales inferiores o hipertrofia del orbicular de los ojos.

La blefaroplastia inferior se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación o anestesia general. La elección del tipo de anestesia depende del tipo de defecto a corregir, las características del/de la paciente o la experiencia en la técnica del equipo quirúrgico.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión realizada en la piel del párpado inferior, o bien a través de una incisión realizada en la conjuntiva palpebral inferior. El tipo de abordaje dependerá del defecto a corregir y de la experiencia del equipo quirúrgico con cada técnica. En cualquier caso, ambas incisiones dejan cicatrices invisibles tras el periodo de cicatrización. En el acto quirúrgico se realiza una resección de la grasa que se haya podido "prolapsar" a nivel del párpado inferior, o bien un reposicionamiento de la misma. Además, se llevará a cabo una escisión de la piel del párpado inferior sólo en aquellos casos en los que existe un exceso de ésta. Por último, se resecará, además, una tira del llamado músculo orbicular de los ojos - el músculo que rodea a los ojos- si éste se hubiera hipertrofiado.

Tras la intervención, se colocará un apósito sobre el área operada y se recomendará la utilización de lágrimas artificiales y una pomada cicatrizante del ojo, durante unos días. El apósito se cambiará regularmente y las suturas se retirarán algunos días después de la intervención.

Suelen aparecer pequeños hematomas postoperatorios en el párpado inferior; estos hematomas tardarán alrededor de diez días en desaparecer. Ocasionalmente pueden aparecer hematomas en la conjuntiva del ojo, que tardarán un poco más en reabsorberse.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA INFERIOR

Después de la intervención el párpado inferior permanecerá inflamado durante unos días. Ello provocará una disminución de la apertura del párpado, con carácter transitorio, y ocasionalmente una imposibilidad del cierre completo de los párpados, también de carácter transitorio. La imposibilidad de cierre de los párpados hará necesaria una serie de medidas, tales como una oclusión ocular, durante la noche, a lo largo del tiempo durante el tiempo que ésta dure.

Si el procedimiento se realiza a través de la conjuntiva, suele haber una inflamación de la misma -una conjuntivitis-, durante unos días.

### En caso de NO EFECTUAR esta intervención

---

Persistirá la llamada bolsa del párpado inferior, lo que puede ofrecer a la mirada un aspecto cansado y, al rostro, un aspecto de envejecimiento.

### BENEFICIOS ESPERABLES

---

Mejoría del aspecto del párpado inferior. Eliminación de los estigmas del paso del tiempo en el párpado inferior, los cuales condicionan la imagen de agotamiento, tristeza o envejecimiento de la mirada. Para lograr un resultado completo puede ser necesario completar esta intervención con otras técnicas quirúrgicas realizadas sobre el párpado superior o la frente.

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

---

No existe ningún procedimiento alternativo a la blefaroplastia superior para tratar los signos de envejecimiento del párpado inferior.

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

La blefaroplastia inferior es un procedimiento extraordinariamente seguro. No obstante, como cualquier intervención quirúrgica tiene sus riesgos.

El proceso cicatricial puede dar lugar a una retracción del párpado inferior con la aparición de una disposición anormal de la parte blanca del ojo, llamada esclerótica. Esta exposición de la esclerótica daría lugar a una inflamación crónica del ojo. La retracción puede acompañarse de redondeamiento del reborde palpebral inferior y rotación de las pestañas hacia afuera -el ectropion-. Para corregir esta deformidad sería necesario otro procedimiento quirúrgico.

Cuando la intervención quirúrgica se realiza a través de la conjuntiva, la cicatrización puede dar lugar a una rotación interna de las pestañas -un entropión-. El entropión puede requerir otro tratamiento quirúrgico.

El exceso de resección de piel puede dar lugar a una imposibilidad del cierre del párpado -un lagoftalmo- de carácter definitivo. En el caso de que se produjera, sería necesaria otra intervención para corregirlo.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA INFERIOR

Al realizar la resección de la grasa del párpado inferior, existe el riesgo de una hemorragia en la parte inferior de la órbita. Esta hemorragia puede producir un aumento de la presión en el interior de la órbita, haciendo necesaria una descompresión quirúrgica de emergencia. En el caso de que ésta no se lleve a cabo en un plazo de tiempo breve existe el riesgo de pérdida de visión por ese ojo.

La resección de la grasa del párpado inferior puede producir a largo plazo, junto con la atrofia de la carne de la cara, por el envejecimiento, un aspecto cadavérico del ojo.

La lesión del músculo oblicuo inferior puede producir una diplopia -una visión doble- en algunas posiciones de la mirada. Esta complicación es extraordinariamente infrecuente.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmero cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

### RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

### OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA INFERIOR

## DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 ésta, 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 para el equipo que me atiende.

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

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial 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.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA INFERIOR

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

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

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El/La paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Médico/a

---

### 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/La representante legal

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA INFERIOR

---

### 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\_\_

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

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....