

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

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 SUPERIOR, 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 superior a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del exceso de piel y/o abultamiento de las bolsas de grasa y/o abultamiento de la glándula lacrimal, para el tratamiento de la llamada dermatocalasia palpebral superior.

La blefaroplastia superior se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación, o anestesia general, siendo determinada la elección del tipo de anestesia por el tipo de defecto a corregir, las características del paciente, o la experiencia en la técnica del equipo quirúrgico.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión realizada en el párpado superior. La cicatriz queda escondida en el pliegue palpebral, por lo que es prácticamente invisible incluso al cerrar los ojos.

En el acto quirúrgico se realiza una resección del exceso de piel del párpado superior con o sin resección de una tira de músculo orbicular de los ojos. En caso de ser necesario, se reseca la grasa prolapsada o se reubicará la glándula lacrimal si ésta se encuentra fuera de su posición anatómica.

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

En el periodo postoperatorio, suelen aparecer pequeños hematomas, a nivel del párpado superior. Estos hematomas tardarán alrededor de diez días en desaparecer. Ocasionalmente, pueden aparecer hematomas subconjuntivales que tardarán un poco más en reabsorberse. Después de la intervención el párpado superior permanecerá inflamado durante unos días. Ello provocará una disminución de la apertura palpebral transitoria y, ocasionalmente, una imposibilidad de cierre completo de los párpados, también de carácter transitorio. La imposibilidad de cierre palpebral hará necesaria una serie de medidas, tales como la oclusión ocular nocturna durante el tiempo que ésta dure.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá el exceso de piel en el párpado superior y/o el abultamiento de las estructuras mencionadas -la bolsa de grasa, y la glándula lacrimal-. El exceso de piel en párpado superior puede dar lugar a una disminución del campo visual superior.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría del aspecto del párpado superior. Eliminación de los estigmas del paso del tiempo en el párpado superior, 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, como una blefaroplastia inferior y/o una frontoplastia.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

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

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La blefaroplastia superior es un procedimiento extraordinariamente seguro; no obstante, como cualquier intervención quirúrgica tiene sus riesgos.

El daño de la musculatura elevadora del párpado superior puede producir una caída del párpado, con disminución del grado de apertura palpebral definitivo. Esta complicación necesitará otra intervención quirúrgica para corregirla.

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

Al realizar la resección de la grasa del párpado superior, 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 superior puede producir una diplopía (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 esmerado 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.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

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

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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

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.

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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, 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

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: