

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTÍA SUPERIOR ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

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. 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 cirujano.

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 caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

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.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

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

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no efectuarse esta intervención, persistirá el exceso de piel en el parpado superior y/o el

C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN BLEFAROPLASTÍA INFERIOR

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.

RIESGOS FRECUENTES

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 lagoftalmo- 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 diplopia (visión doble) en algunas posiciones de la mirada. Esta complicación es extraordinariamente infrecuente.

No hay que ignorar, 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.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA