Consentimiento informado

Cirugía de blefaroplastia

©2021 American Society of Plastic Surgeons®. Se otorga a los compradores del *Recurso de consentimiento informado* una licencia limitada que les permite modificar los presentes documentos y reproducir la versión modificada para su uso únicamente en la práctica privada de los compradores. La American Society of Plastic Surgeons® se reserva todos los demás derechos®. Los compradores no podrán vender ni permitir que terceros usen ninguna versión del *Recurso de consentimiento informado,* ninguno de los presentes documentos ni ninguna versión modificada de dichos documentos.

INSTRUCCIONES

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre la cirugía de blefaroplastia, sus riesgos y el/los tratamiento/s alternativo/s disponible/s.

Es importante que lea la totalidad de esta información cuidadosamente. Ponga sus iniciales en cada página, indicando que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

INFORMACIÓN GENERAL

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico destinado a retirar el exceso de piel y músculo de los párpados superiores e inferiores. Se retira selectivamente o bien se reposiciona el tejido adiposo subyacente, que produce bolsas en los párpados. La blefaroplastia puede mejorar la piel caída y las bolsas en la zona de los párpados. Puede ayudar a mejorar la visión en pacientes mayores que sufren de párpados superiores caídos. Aunque puede añadir un pliegue al párpado superior de una persona de origen asiático, no podrá borrar toda evidencia de su origen racial. La blefaroplastia no elimina las patas de gallo ni otras arrugas, no elimina la tonalidad oscura bajo los ojos ni levanta las cejas.

La cirugía se personaliza para cada paciente, en función de sus necesidades particulares. Se puede realizar en la zona de los párpados superiores o inferiores (o en ambas), o bien en conjunto con otros procedimientos quirúrgicos en la zona de los ojos, la cara, las cejas o la nariz. En algunos pacientes que padecen de tono flojo entre el párpado inferior y el globo ocular, es posible que se recomiende considerar el procedimiento de estiramiento del párpado inferior (cantoplastia/cantopexia) en el momento de la blefaroplastia. La cirugía de párpados no detiene el proceso de envejecimiento. No obstante, sí puede atenuar la apariencia de flojedad y bolsas en la zona de los párpados.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Entre otras formas de manejo se incluye el no tratar con cirugía la laxitud y las bolsas en la piel de los párpados. La laxitud de la piel, los depósitos adiposos y las arrugas se pueden mejorar con otros tratamientos o procedimientos, entre ellos, el *lifting* de cejas, cuando esté indicado. Pueden ser necesarias otras formas de cirugía de párpados si la persona padece trastornos que afectan la función de los párpados, entre ellos, párpados caídos producto de problemas musculares (ptosis de párpados) o tono flojo entre el párpado y el globo ocular (ectropión). Se puede mejorar la apariencia de las arrugas menores mediante *peeling*, rejuvenecimiento láser u otros tratamientos de la piel. Las formas alternativas de tratamiento quirúrgico se asocian a riesgos y potenciales complicaciones.

RIESGOS INHERENTES A LA CIRUGÍA DE BLEFAROPLASTIA

Todo procedimiento quirúrgico abarca determinados riesgos. Es importante que usted comprenda los riesgos y las posibles complicaciones asociadas. Además, todo procedimiento tiene limitaciones. La elección individual sobre someterse o no a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del riesgo y el potencial beneficio. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan estas complicaciones, es recomendable que las analice junto con su cirujano plástico, a fin de asegurarse de que comprende todas las posibles consecuencias de la blefaroplastia.

RIESGOS INHERENTES A LA CIRUGÍA DE BLEFAROPLASTIA

Ceguera:

Es extremadamente poco común la ceguera luego de la blefaroplastia. No obstante, el sangrado interno alrededor del ojo durante o luego de la cirugía puede provocarla. No se puede predecir la presentación de este fenómeno.

Problemas de ojo seco:

©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

Luego de la blefaroplastia pueden presentarse trastornos permanentes relacionados con la disminución de la producción lagrimal. Es poco frecuente y no se puede predecir por completo que esto ocurra. A la hora de considerar la cirugía de blefaroplastia, debe recomendarse precaución especial a los individuos que normalmente padecen de ojo seco.

Ectropión:

El desplazamiento del párpado inferior en dirección opuesta al globo ocular es una complicación poco frecuente que se puede presentar durante la cirugía del párpado inferior. Es posible que se requiera cirugía adicional para corregir este problema.

Problemas de exposición corneal:

Luego de la cirugía, algunos pacientes experimentan dificultades al cerrar los párpados, así como problemas en las córneas, producto de la sequedad. Si se presentara este problema poco frecuente, es posible que se necesiten tratamientos adicionales o cirugía.

Pérdida de pestañas:

Puede presentarse pérdida de pelo en la zona de los párpados inferiores, en las que se elevó la piel durante la cirugía. No se puede predecir la presentación de este fenómeno. La pérdida de pelo puede ser temporal o bien permanente.

Asimetría:

Luego de la cirugía pueden notarse diferencias en la apariencia de los ojos, la capacidad de apertura de los ojos, la forma de los ojos, la posición del pliegue del párpado, o el tamaño aparente de los ojos. Existen leves diferencias en el tamaño de los ojos, los huesos de la cavidad ocular, y la piel alrededor de los ojos. Tales diferencias pueden ser más notorias luego de una blefaroplastia. Es posible que se necesiten más procedimientos quirúrgicos, y en algunos casos, que las diferencias no puedan corregirse.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y que se responda a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.

 _____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

CONSENTIMIENTO para CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO o TRATAMIENTO

1. Mediante la presente autorizo al Dr. Thomas JenebySample y a sus asistentes seleccionados a practicar una **cirugía de blefaroplastia**.

   He recibido la siguiente hoja informativa: **Cirugía de blefaroplastia.**

2. Reconozco que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o la anestesia, la presentación de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los manifestados anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado y a sus asistentes o personas designadas a realizar dichos otros procedimientos, necesarios o convenientes, con base en su criterio profesional. La autoridad otorgada en este párrafo incluye todas las afecciones que requieran tratamiento, incluso aquellas que mi médico no conozca al momento de iniciado el procedimiento.

3. Doy mi consentimiento a la administración de anestésicos considerados necesarios o convenientes. Comprendo que todas las formas de anestesia entrañan riesgos y la posibilidad de complicaciones, lesiones y hasta la muerte.

4. Comprendo lo que mi cirujano puede o no hacer, y comprendo que no se pueden garantizar resultados de forma implícita ni específica. He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objetivos son realistas y cuáles no. Se ha respondido a todas mis preguntas, y comprendo los riesgos inherentes (específicos) a los procedimientos que deseo, así como los riesgos y complicaciones, beneficios y alternativas adicionales. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder.

5. Doy mi consentimiento a la toma de fotografías o a la televisación antes, durante o luego de la/s operación/es o procedimiento/s a realizar, lo que incluye partes adecuadas de mi cuerpo, para fines médicos, científicos o educativos, siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.

6. Con fines de avanzar en la educación médica, doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones.

7. Doy mi consentimiento a la eliminación de tejidos, dispositivos médicos, o partes corporales que se extraigan.

8. Soy consciente de que la utilización de productos sanguíneos conlleva riesgos potenciales significativos a mi salud, y doy mi consentimiento a su utilización siempre que mi cirujano y/o sus asistentes lo consideren necesario.

9. Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a las agencias pertinentes para fines de informe legal y registro de dispositivo médico, si es aplicable.

10. Comprendo que los honorarios del cirujano son separados de los cargos de anestesia y hospitalarios, y estoy de acuerdo con dichos honorarios. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, este conllevará gastos adicionales.

11. Me doy cuenta de que tengo la opción de no realizar la operación. Renuncio a este procedimiento _____.

12. SE ME HA EXPLICADO LO SIGUIENTE EN TÉRMINOS QUE PUEDO ENTENDER:
    a. EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTEDICHO QUE SE REALIZARÁ
    b. LAS POSIBLES OPCIONES DE PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS
    c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y A LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE (1-12)
ESTOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN OFRECIDA.

_____

Paciente o persona autorizada a firmar en su lugar

Fecha/hora_____ Testigo _____

_____ **Iniciales del paciente**

©2021 American Society of Plastic Surgeons®