

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGÍA DE PÁRPADOS



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La Cirugía de Párpados se realiza para corregir párpados superiores con excedentes de piel y descendidos o párpados inferiores que presentan "bolsas adiposas". Cualquiera de estos problemas puede hacer que el paciente aparezca avejentado y cansado. La plástica de párpados mejora esto. La cirugía de párpados puede ser hecha sola o en conjunto con un lifting.
En el párpado superior se realiza una incisión en el surco, y se retira piel y grasa en exceso. La cicatriz resultante es usualmente poco visible.
En el párpado inferior, se puede realizar una incisión al nivel de las pestañas o bien en la superficie interna (blefaroplastia transconjuntival).
Esto permite no modificar la forma del ojo y no deja cicatriz aparente.
Esta cirugía se realiza en una hora, con anestesia local y sedación, cuyos riesgos advertirá el servicio de Anestesia.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Dejar una apariencia más juvenil y descansada.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Se puede tratar las arrugas externas con laserabrasion o con Botox(R). En su caso no está indicado.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Se indica al paciente reposo en cama 24 horas, utilizando hielo y compresas con té de manzanilla. Los puntos se retiran a los 4 días.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Es un cirugía voluntaria. No se resiente su salud si no la realiza.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Hemorragia, hematomas y equimosis: por lo que es importante que suspenda toda ingesta de aspirina, vitamina E previo a la cirugía. Si son pequeñas se tratan con cremas antihematomas. Si son grandes pueden requerir una nueva intervención quirúrgica.

Infección de la herida: de tratamiento local y antibióticos

Dehiscencia de herida quirúrgica: debido a infección, necrosis

Cicatriz inestética: hipertrófica, hiper o hipopigmentada, ancha: dependiendo del proceso de cicatrización de cada organismo, por lo que no puede garantizarse su resultado

Derrame conjuntival transitorio: Puede permanecer hasta 21 días postoperatorio. Puede requerir colirios.

Edema palpebral: Puede originar ptosis (caída del párpado) temporaria. Sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, intolerancia a la luz.

Úlcera de cornea

Alergia o conjuntivitis irritativa

Bolsas secundarias en los párpados

Resección incompleta o excesiva de grasa periorbitaria

Ectropión. Asimetría palpebral

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE PARPADOS

El cigarrillo disminuye el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno. De esta manera afecta la microcirculación produciendo isquemia de los bordes de la herida retardando la cicatrización y alterando la calidad de la misma. Por ello se recomienda suspender el hábito 21 días antes y 21 días después a fin de minimizar sus efectos sobre los tejidos.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE PARPADOS**
EN , A LOS DÍAS DE DEL
.....
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE PARPADOS**
EN , A LOS DÍAS DE DEL
.....
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.
EN , A LOS DÍAS, DEL MES DE DE
.....
.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO