



Consentimiento Informado Para  
Cirugía Blefaroplastia

## **Consentimiento Informado Para Cirugía Blefaroplastia**

## Consentimiento Informado Para Cirugía Blefaroplastia

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de  
**BLEFAROPLASTÍA.**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende eliminar el exceso de la piel y músculo de los párpados, tanto superiores como inferiores, así como el tejido graso subyacente. La Blefaroplastia puede mejorar la piel flácida y las bolsas. Puede ayudar a mejorar la visión en personas mayores que presentan un exceso importante de párpado superior que cae sobre la pupila. Aunque puede crear un pliegue en el párpado superior de un ojo de tipo asiático, no borrará la evidencia de los rasgos faciales o étnicos. La Blefaroplastia no elimina las “patas de gallos”, u otras arrugas, ni las ojeras oscuras, así como tampoco levanta unas cejas caídas. La Blefaroplastia es diseñada individualmente para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares, puede realizarse en forma aislada para los párpados superiores, inferiores, ambos o en combinación para otros procedimientos quirúrgicos sobre ojos, cara, cejas o nariz. La cirugía de los párpados no puede detener el proceso del envejecimiento pero puede, sin embargo disminuir el aspecto de la piel flácida y bolsas en la región de los párpados.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o de hemoderivados, de cuyos riesgos me informara el Servicio de Anestesia.

La forma alternativa de tratamiento incluye la laxitud cutánea y la bolsa de los párpados mediante la cirugía. La mejora de la laxitud de la piel, depósitos grasos y arrugas cutáneas puede conseguirse mediante otros tratamientos o cirugía, como un estiramiento de la zona frontal o de la zona temporal, cuando esté indicado. Otras formas de cirugía de los párpados pueden ser necesarias si existen alteraciones que afectan la función de los párpados, como la caída de los párpados por problemas musculares (ptosis palpebral), o laxitud entre el párpado y el globo ocular (ectropión). Las arrugas cutáneas menores pueden mejorarse mediante feeling químico u otros tratamientos de la piel. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados a las formas alternativas de tratamiento.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Cualquier procedimiento quirúrgico implica cierto riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la Blefaroplastia. La decisión del individuo de someterse a una cirugía se basa en la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, Ud., debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles de la Blefaroplastia:

**Sangrado:** El sangrado puede ocurrir debajo de la piel, o internamente alrededor del globo ocular. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento o cirugía de urgencia. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea), que no está controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo los párpados pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

- **Infeción:** si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Cicatrización:** aunque se espera una buena cicatrización de la herida después del procedimiento quirúrgico pueden darse cicatrices anormales tanto en los párpados como en los tejidos profundos. En casos raros pueden resultar cicatrices anormales como, que pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles en el párpado o pequeños quistes cutáneos causados por las suturas. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para la cicatrización anormal.
- **Problemas de sequedad ocular:** después de una blefaroplastia pueden quedar alteraciones permanentes en la producción de lágrimas. Es raro que ocurra este hecho y no es enteramente predecible. Los individuos que tienen habitualmente sequedad ocular deben tener precaución especial a la hora de considerar someterse a una Blefaroplastia.

- **Asimetría:** la cara humana y la región de los párpados son asimétricas normalmente. Puede existir variación entre los dos lados después de una Blefaroplastia.
- **Dolor crónico:** poco frecuente.
- **Alteraciones de la piel:** cáncer de piel. La Blefaroplastia es un procedimiento que tensa la piel flácida y las estructuras profundas del párpado. Las enfermedades y el cáncer de piel pueden desarrollarse independientemente de que se haya desarrollado cirugía en el párpado.
- **Ectropión:** la separación entre el párpado inferior y el globo ocular es una complicación rara. Puede necesitarse cirugía adicional para corregir esta alteración.
- **Problemas de exposición corneal:** algunos pacientes presentan dificultad en cerrar los párpados después de la cirugía y pueden desarrollarse problemas en la córnea por desecación. Si ocurre esta rara complicación pueden ser necesarios tratamientos o cirugías adicionales.
- **Pérdida de pestañas:** puede ocurrir en el párpado inferior, donde se eleva la piel durante la cirugía. La ocurrencia de este hecho no es predecible. La pérdida puede ser temporal o permanente.
- **Cicatrización retardada:** la apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles.
- **Efectos a largo plazo:** alteraciones subsecuentes en el aspecto del párpado como resultado del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, exposición al sol u otras circunstancias, no relacionadas con la cirugía. La Blefaroplastia no detiene el proceso del envejecimiento, ni produce estiramiento permanente de la región de los párpados. Puede necesitarse cirugía en un futuro y otros tratamientos para mantener los resultados de una Blefaroplastia.

También me han indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
BLEFAROPLASTÍA.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).