

## CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA LA CIRUGÍA DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR Y/O INFERIOR.

Ninguna cirugía es milagrosa, todas ellas tienen limitaciones y posibles complicaciones. Cuando el médico le indica una cirugía es porque considera que la expectativa de recuperación supera con mucho las complicaciones que pudieran presentarse y en términos generales su resultado será mucho mejor que si usted no se opera. Usted tiene el derecho y la obligación de estar enterado en qué consiste la cirugía, lo que se espera como resultado de ella y de sus posibles complicaciones. Si después de la lectura cuidadosa de este documento persiste usted con alguna inquietud, no dude en consultarla con su médico. Este documento de autorización de cirugía es para la Clínica de Ojos S.M.B., un documento oficial y al firmarlo la Clínica de Ojos S.M.B., asume que está usted enterado de los posibles riesgos y resultados esperados de su cirugía.

## INFORMACIÓN SOBRE LA CIRUGÍA DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR Y/O INFERIOR.

La dermatochalasis significa piel redundante en los párpados superiores y/o inferiores, secundario a disminución de la elasticidad de la piel. Generalmente es bilateral y puede presentarse en párpados superiores, párpados inferiores o ambos. Puede o no estar acompañado de herniación de paquetes grasos, que debido a la disminución en la fortaleza del septo orbitario, la grasa orbitaria protruye y empuja la piel de los párpados hacia afuera. La dermatochalasis puede producir sensación de pesadez en los párpados, disminución del campo visual, apariencia de ojos cansados, ptosis palpebral, alteración de la cosmesis entre otros. Es una entidad adquirida.

En el caso de dermatochalasis de párpados superiores se indica el procedimiento quirúrgico denominado blefaroplastia superior transcutánea, en el que se mide y se reseca la piel redundante del párpado y en los casos que lo amerite resección de paquetes grasos. En el caso de dermatochalasis de párpados inferiores se indica el procedimiento quirúrgico denominado blefaroplastia inferior que puede ser transconjuntival, en el caso que no esté indicado resecar piel del párpado inferior, o transcutánea, en el que se mide y se reseca conservadoramente la piel redundante del párpado inferior y en los casos que lo amerite resección de paquetes grasos. En casos selectos el procedimiento se puede acompañar o no de un "peeling" químico o mecánico de la epidermis como tratamiento coadyuvante, con el objetivo de mejorar la apariencia de la piel. Cada caso es individualizado y se harán ciertas modificaciones previamente discutidas con el paciente como pexia de cejas, pexia de glándula lagrimal, reposicionamiento de grasa, tira tarsal entre otras.

TIPO DE CIRUGÍA:  
Programada ( ) Urgencia ( )

Blefaroplastia superior ( )  
Blefaroplastia Inferior ( )

Ojo Derecho ( ) Ojo Izquierdo ( ) Ambos ojos ( )

Anestesia: Local ( ) Sedación ( ) General ( )

El objetivo que se espera conseguir con la cirugía de blefaroplastia superior y/o inferior es disminuir el exceso de piel y/o bolsas grasas en los párpados, mejorar la estructura y función del párpado.

## POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR Y/O INFERIOR.

No existe ninguna cirugía sin riesgos. En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos. Nadie puede garantizar una cirugía exitosa. Para informar en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un listado parcial pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes:

- Sangrado en los párpados, edema, hematoma, sangrado en la órbita (hemorragia retrobulbar).
- Sensación de cuerpo extraño, ojo seco.
- Dolor, infección.
- Hipercorrección que genera imposibilidad de un cierre perfecto de los párpados (lagofthalmos).
- Hipocorrección que persista en cierto grado dermatochalasis después de la cirugía.
- Ectropión o retracción palpebral.
- Granulomas en los puntos de sutura.
- Cicatriz anormal (hipertrófica) en la piel del párpado, cambios en el color de la piel.
- Visión doble temporal o permanente que requiera corrección quirúrgica.
- Apertura de la herida quirúrgica (dehiscencia).
- Necesidad de una o más cirugías posteriores.
- Asimetría en la altura o posición de los párpados.
- Pérdida transitoria o permanente de la visión.
- Complicaciones y riesgos propios de la anestesia empleada.
- Muerte por preexistencias, reacción alérgica y comorbilidades.

El riesgo más grave, como en toda cirugía ocular, es la pérdida definitiva de la visión del ojo operado. Esto es muy infrecuente pero no es imposible.

Al firmar este documento acepta haber leído o que le hayan leído el contenido del mismo y haber aclarado sus dudas sobre el procedimiento quirúrgico con su médico tratante.

El suscrito \_\_\_\_\_  
con identificación cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, en mi calidad de persona natural, por medio del presente documento, libremente y sin presión alguna he sido informado, entiendo y acepto ser sometido al procedimiento denominado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
el cual será efectuado por los médicos de la Clínica de Ojos S.M.B. bajo anestesia:

\_\_\_\_\_.

He sido debidamente informado de que el procedimiento de mérito tiene por objeto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

En igual sentido, he sido informado y/o leído los riesgos que entraña el procedimiento y acepto afrontarlos en razón de ser mayor el beneficio esperado. Asimismo, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para la protección de mi salud.

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Valledupar, el presente instrumento hoy:  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del paciente\*  
Cédula de ciudadanía Número: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del Tutor Legal\*\*  
Cédula de ciudadanía Número: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_.

## Testigos

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, C.C. y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, C.C. y Firma

\_\_\_\_\_  
Sello del Médico y Firma

\* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico, conforme a lo establecido en la Ley.

\*\* Sólo en caso de menores de edad o incapaces.