**BLEFAROPLASTIA**

Formulario de información y consentimiento informado escrito para Blefaroplastias y/o procedimientos peri orbitarios.

Yo, Don/ Doña ……………………………………………………………………………………………………………………….

Nacionalidad …………………………………………………………………………

Rut o Pasaporte…………………………………………………………………….

Domicilio……………………………………………………………………………………………………………………………….

Fecha y hora ………………………………………………………………………….

Declaro que el/la Dr (a) ………………………………………………………………………………………………………..

Me ha explicado mi diagnóstico y/o modificaciones anatómicas a ser corregidas

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

y que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Los siguientes puntos me han sido claramente aclarados:

1. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los resguardos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.

2. Todos los pacientes fumadores tienen un riesgo incrementado de complicaciones y sufrimiento de la piel en la región operada.

3. Las complicaciones que pueden originarse por intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, trastornos de la sensibilidad nerviosa, tejido cicatricial anormal, infección, necrosis, trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, etc.

4. En mi caso en particular además poseo los siguientes riesgos:

Mediante este procedimiento se pretenden mejorar los signos visibles de envejecimiento de la región peri orbitaria, así como excesos de piel o grasa, caída del parpado o ptosis, traumas peri orbitarios, entre otros. Conforme el individuo envejece, la piel y los músculos de la región peri orbitaria empiezan a perder tono.

La blefaroplastia no puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede mejorar los signos más visibles del envejecimiento mediante el tensado de las estructuras más profundas, la readaptación de la piel y la extirpación de áreas seleccionadas de grasa. Una blefaroplastia puede realizarse, aisladamente o en conjunto de otros procedimientos, como lifting de cejas (frontal), liposucción, lipoinyección de grasa, cirugía facial o cirugía nasal.

La blefaroplastia se individualiza para cada paciente, puede realizarse en el parpado superior, inferior o ambos, con o sin resección de las bolsas grasa peri orbitaria.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informara el Servicio de Anestesia.

Puede intentarse mejorar la laxitud cutánea, arrugas y depósitos grasos mediante otros tratamientos o cirugía, como los peeling químico faciales, la liposucción, lipoinyección, rellenos faciales, bioestimuladores, laser u otros procedimientos menos invasivos. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados con 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.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la cirugía de 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 cirugía:

* Sangrado: es posible, aunque raro que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía, si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de sangrado. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea), que no está́ bien controlada medicamente, puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y retrasar la cicatrización excesiva.
* Infección: la infección después de la cirugía es muy rara si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
* Cicatrización: aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles por las suturas. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.
* Retraso en la cicatrización: existe la posibilidad de una apertura de una herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la cara pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar. Los fumadores, inmunodeprimidos, postbariátrica, portadores de biopolímeros tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.
* Lesión de estructuras profundas: estructuras profundas tales como vasos sanguíneos, músculos y particularmente nervios, globo ocular pueden ser dañados durante el transcurso de la cirugía. La posibilidad de que esto ocurra varia según el tipo de procedimiento. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.
* Dolor crónico: un dolor crónico puede ocurrir muy infrecuentemente. Es una complicación muy rara causada por la cicatrización dolorosa de un nervio, y que suele solucionarse por sí sola.
* Asimetría: la cara humana es normalmente asimétrica. Puede haber pequeñas variaciones de simetría entre un lado y otro en el resultado de una blefaroplastia.
* Cáncer de piel: la blefaroplastia es un procedimiento para recolocar la piel y las estructuras profundas. El cáncer de piel puede ocurrir independientemente de la blefaroplastia.
* Resultado insatisfactorio: existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio en la blefaroplastia. Infrecuentemente se necesita realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.
* Reacciones alérgicas: en casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo (tela adhesiva), material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves frente a medicamentos usados durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
* Edema prolongado: Puede ocurrir en algunos pacientes con pobre circulación o que precisan de procedimientos más invasivos. Generalmente es auto limitado, pero puede requerir tratamiento adicional.
* Ojo seco: Puede acontecer en algunos pacientes producto de la disminución en la lubricación ocular o cierre palpebral incompleto producto del edema, generalmente es auto limitado y requiere protección ocular transitoria.
* Quemosis o edema conjuntival: Proceso transitorio y reactivo de la mucosa conjuntival al trauma o sequedad del globo ocular durante la cirugía, se toman las medidas preventivas para evitar su aparición, pero puede acontecer y requerir tratamiento para su resolución, en pacientes en los cuales extensos procedimientos peri orbitarios van a ser realizados pueden requerir una sutura transpalpebral transitoria para evitar su aparición.
* Hemorragia subconjuntival: Su aparición es de excepción frente a traumatismos superficiales del globo ocular o alzas de presión arterial. Generalmente es transitoria y auto limitada.
* Efectos a largo plazo: pueden ocurrir alteraciones subsecuentes en el aspecto de los párpados como consecuencia del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, exposición al sol y otras circunstancias no relacionadas con la blefaroplastia. Esta cirugía no detiene el proceso del envejecimiento ni produce recolocación permanente de los tejidos peri orbitarios. Puede necesitarse en un futuro cirugía u otros tratamientos para mantener los resultados estéticos de una blefaroplastia.
* Reabsorción grasa: En caso de lipo transferencia grasa o lipo inyección grasa, esta tiene una reabsorción variable entre los pacientes de aproximadamente un 30% y su efecto no es permanente, puede requerir nuevas transferencias para mantener o recuperar el volumen perdido.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien la posibilidad es muy infrecuente para este.

Entiendo que, actualmente y producto de la presencia del coronavirus (CoV2) y de la enfermedad COVID 19 las tasas de mortalidad son aún mayores en presencia de esta infección, que puede estar presente a pesar de no tener síntomas clínicos y haberse realizado exámenes de pesquisa (PCR o inmunoglobulinas). Asumo estos riesgos agregados por la pandemia existente y sus riesgos asociados a este procedimiento quirúrgico.

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, y doy fe de no haber omitido o alterado datos clínico-quirúrgicos. También me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención.

Acepto cooperar con los cuidados postoperatorios indicados por el cirujano y su equipo, hasta poseer el alta médica definitiva. Se me ha explicado que las redes sociales como WhatsApp, Facebook, Instagram y otras formas de comunicación no son medios aptos para un control postoperatorio y no reemplazan la consulta y evaluación médica presencial ante cualquier complicación, duda en el tratamiento o modificación de este. Que pueden ser utilizadas con el consentimiento del médico en horario hábil, pero que no lo obligan a una respuesta inmediata.

Los canales o recursos adecuados para cualquier eventualidad continúan siendo los controles médicos agendados, la unidad de emergencia correspondiente y la comunicación con el médico tratante vía telefónica por la institución que está prestando el servicio, el profesional de urgencia que está ejerciendo la atención o eventualmente el paciente.

Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, acepto que escapa de las posibilidades del cirujano garantizar dichos resultados.

Entiendo que la cirugía va a producir cambios en mi cuerpo y estos cambios pueden alterar la percepción que tengo de mí mismo y la percepción que los demás tienen sobre mí. Comprendiendo que el objetivo de estos cambios es que sean benéficos para mi persona, pero acepto que las percepciones son algo subjetivo e influenciados por el medio y los estados psicológicos o mentales de cada persona, por lo cual, la percepción de la belleza, armonía y/o estética pueden ser algo completamente diferente entre distintos individuos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me permitió 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:

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención. Si existe algún tratamiento específico que no pueda ser aplicado especifíquelo.

\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso, antes, durante y después del tratamiento; y para que el material obtenido pueda ser exhibido con fines científicos, académicos, etc.; a condición de que mi identidad no sea revelada.

\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar los resultados en medios sociales, o web, a condición de que mi identidad no sea revelada, pudiendo en cualquier momento pedir revertir esta autorización sin desmedro de deteriorar la relación médico – paciente.

Yo, Don / Doña …………………………………………………………………………………………………… autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT o pasaporte………………………………………………………………

Firma…………………………………………………………… Testigo…………………………………………………………..

Apellidos y nombre del profesional …………………………………………………………………………………………

RUT o pasaporte ……………………………………………………………………..

Firma ………………………………………………………………………….

Fecha…………………………………………………………………………

 **Renovación del Consentimiento**

Yo, Don / Doña …………………………………………………………………………………………………. de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos del paciente y/o representante legal

RUT o pasaporte …………………………………………………………….

Firma………………………………………………………………….

Fecha………………………………………………………………….