

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA PALPEBRAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

En ocasiones los párpados presentan lesiones que hay que extirpar o malposiciones que hay que corregir y para ello se recomiendan en cada patología diferentes técnicas quirúrgicas:

☐ **Chalazión.** Se trata de una obstrucción de las glándulas del párpado. Se realiza extirpación o drenaje.

☐ **Tumores benignos o malignos.** Se realiza la extirpación de una parte o la totalidad de éstos para determinar su naturaleza mediante análisis anatomopatológico o para evitar las molestias que producen o su crecimiento y diseminación.

☐ **Ptosis del párpado superior o caída de este.** Se realizan varias técnicas: la resección de músculo elevador de párpado superior, la resección de conjuntiva y músculo de Müller palpebral y la suspensión frontal, pudiendo combinarse varias técnicas.

☐ **Ectropión, entropión y síndrome del párpado laxo.** Son malposiciones palpebrales que afectan a la superficie ocular, por lo que se persigue la colocación del párpado en su posición correcta para que recupere su función. Para ello se utilizan varias técnicas: la extirpación de parte del párpado, la recolocación de las estructuras mediante suturas y si se requiere la colocación de injertos cutáneos o mucosos.

☐ **Retracción palpebral.** Es una malposición palpebral que afecta a la superficie ocular lesionándola. Se persigue la recolocación del párpado para recuperar su función. Se utilizan varias técnicas: suturas del borde de los párpados, resecciones musculares y colocación de injertos sintéticos u obtenidos del paciente.

☐ **Lagofthalmos.** Es una malposición palpebral en la que no se puede cerrar el ojo, por lo que se afecta la superficie ocular. Se persigue facilitar que se cierre el ojo para proteger así el ojo. Se realizan varias técnicas: colocación de implantes, acortamiento de los párpados o estiramiento de estos mediante suturas.

☐ **Dermatocalasia.** Es un exceso de piel en párpado superior que puede llegar a impedir la función palpebral y la visión. Se persigue eliminar el tejido palpebral en exceso mediante extirpación.

☐ **Triquiasis y distiquiasis.** Se utiliza para corregir la dirección anómala de las pestañas que dañan la superficie ocular. Se puede hacer eliminándolas con láser, cirugía o cauterización.

La elección de una u otra técnica será hecha mediante el criterio del médico, que informará y consensuará con el paciente. La técnica que se va a realizar en este caso es la señalada.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- En el postoperatorio los pacientes pueden presentar inflamación y dolor del párpado y/o del ojo intervenido, lagrimeo y fotofobia.
- Hemorragia en la conjuntiva o el párpado y en la cara.
- Infecciones de las heridas, defectos del tejido y/o cicatrices antiestéticas y que la lesión no pueda ser extirpada en su totalidad y/o que se produzca una recidiva de la patología.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Otros fármacos y/o a la colaboración con otra especialidad (cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, oncología médica, oncología radioterápica) en cuyo caso se arbitrarán las medidas adecuadas de coordinación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA PALPEBRAL"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: