

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE DESCOMPRESIÓN ORBITARIA.¹

D./Dña.:.....de.....años
de edad con domicilio en y
D.N.I.nº.....en calidad de.....de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de DESCOMPRESIÓN ORBITARIA.

- 1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de exoftalmos.
- 2.-El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación, o general.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES: La oftalmopatía tiroidea tiene múltiples manifestaciones ya que puede afectar a varias estructuras como los párpados, los músculos extraoculares, la grasa orbitaria y palpebral, la conjuntiva... produciendo múltiples síntomas como visión doble (diplopia), retracción palpebral, edema palpebral y exoftalmos (ojo saltón). Cada uno de estos síntomas tiene un tratamiento propio. Cuando se inflama la grasa orbitaria, ésta se edematiza y aumenta de tamaño. Como esta grasa se encuentra por detrás del globo ocular, puede provocar un rechazo del globo ocular hacia delante, dando la impresión de un ojo excesivamente saltón que es lo que se denomina EXOFTALMOS. Cuando este exoftalmos es reciente puede responder a tratamientos alternativos como la corticoterapia o la radioterapia. Si no responde a estos tratamientos o es de larga evolución, el tratamiento deberá de ser quirúrgico.

La descompresión orbitaria es necesaria cuando exista un exoftalmos inaceptable estéticamente, signos de neuropatía óptica o de queratopatía por exposición.

La técnica quirúrgica consiste en la realización de fracturas controladas en una o más de las paredes orbitarias con el fin de que la grasa hipertrofiada e inflamada pueda expandirse hacia los senos paranasales que rodean a la órbita. En la pared lateral no existe seno paranasal por lo que se realiza un adelgazamiento de dicho hueso para que la grasa tenga más espacio para su expansión.

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.

4.- RIESGOS/ COMPLICACIONES Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida, poco frecuente y se suele tratar con antibióticos orales y/o intravenosos, edema de conjuntiva (quemosis), que suele ceder espontáneamente, cicatriz, depende de la capacidad de cicatrización que usted tenga y de la localización y tamaño de la lesión, hematoma orbitario, se produce por sangrado de algún vaso orbitario durante la cirugía. Si es de pequeña intensidad, no precisa medidas importantes pero si es grave precisa reintervención y drenaje del hematoma, porque puede provocar compresión del nervio óptico y pérdida de la visión, a veces irre recuperable, visión doble (diplopia), puede producirse por lesión de los músculos que mueven el ojo. Puede ser pasajera o permanente. En este caso, puede requerir una intervención de estrabismo (de los músculos del ojo), pérdida de agudeza visual, puede producirse por sangrado orbitario o por lesión de pequeños vasos (arterias ciliares) en la porción posterior del globo ocular, hipocorrección del exoftalmos, se debe a que no hemos descomprimido lo suficiente las paredes y según el grado, puede precisar reintervención, hipercorrección del exoftalmos, de manera contraria a la anterior puede producirse una descompresión excesiva que requerirá reintervención.El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.Existen

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....

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

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como.....

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

6- ALTERNATIVAS El médico me ha explicado que no existe alternativa que no sea la quirúrgica.

7- DECLARO Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

Que la cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización., siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso de la cirugía.

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

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

8-Destinatarios y finalidades que requieren consentimiento expreso. Le rogamos

marcar una de las siguientes opciones: SI () NO () AUTORIZO: a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Y en tales condiciones

CONSENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DESCOMPRESIÓN ORBITARIA así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

Ena.....de 2

Fdo.:El/la Médico
allegado

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o

REVOCACIÓN

Don/Doñade
años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº
.....

En calidad de paciente / representante legal, familiar o allegado

REVOCO el consentimiento prestado en fecha , y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Ena.....de 2

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal,