

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) DESCOMPRESIÓN ORBITARIA**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

La oftalmopatía tiroidea tiene múltiples manifestaciones ya que puede afectar a varias estructuras como los párpados, los músculos extraoculares, la grasa orbitaria y palpebral (párpados), la conjuntiva... produciendo múltiples síntomas como visión doble (diplopía), retracción palpebral, edema palpebral (inflamación de los párpados) 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 (intervención a la que usted va a someterse) es necesaria cuando exista un exoftalmos inaceptable estéticamente, signos de neuropatía óptica o de queratopatía por exposición.

**CÓMO SE REALIZA:**

La técnica quirúrgica consiste en la realización de fracturas controladas en una o más de las paredes orbitarias (zonas que rodean al ojo) con el fin de que la grasa hipertrofiada e inflamada pueda expandirse hacia los senos paranasales (de la nariz) 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.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, edema de conjuntiva (quemosis), que suele ceder espontáneamente.

Molestias leves y enrojecimiento ocular el día de la intervención.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Si todas las estructuras oculares están sanas, tras la descompresión orbitaria, el ojo recuperará la posición correcta, lo que conlleva una disminución del riesgo de complicaciones secundarias a la enfermedad orbitaria.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

No existen tratamientos alternativos para resolver este problema, por lo que si no se realiza la técnica, el globo ocular no recuperará su posición correcta, aunque si existe la posibilidad de asociar tratamiento médico previo o en el mismo acto quirúrgico, consistente en la administración de medicación antiinflamatoria, ya sea de forma local o sistémica.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Inflamación y dolor ocular controlable con tratamiento médico.

Hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas.

Edema (inflamación) 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.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Infección de la herida, poco frecuente y se suele tratar con antibióticos orales y/o intravenosos

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 irrecuperable.

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, también puede producirse una descompresión excesiva que requerirá reintervención

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Si es usted una persona con alto grado de ansiedad, debe comunicarlo durante la consulta previa a la cirugía (así se podrán tomar las medidas adecuadas).

Las patologías asociadas como diabetes, hipertensión cardiopatías, inmunodepresión y otras aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

En el momento de la cirugía pueden existir secuelas oculares que no sean subsanables con la cirugía.

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA</b>
-------------------------	---------------------------------

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_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 \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA</b>
-------------------------	---------------------------------

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, 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.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---