

# CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORBITOTOMÍA PARA DESCOMPRESIÓN ORBITARIA POR OFTALMOPATÍA POR LA ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW O EXTIRPACIÓN TUMORAL

## Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Estimado paciente:

Usted padece una alteración en la órbita por su enfermedad tiroidea. Esta puede ser de un lado o de las dos órbitas, y consiste en un exoftalmos (protrusión de los ojos) que puede poner en peligro su visión, producirle úlceras corneales, etc.... Si se está valorando esta opción quirúrgica es porque otros tratamientos alternativos como los corticoides no han sido efectivos y tanto su Endocrinólogo como su Oftalmólogo así lo consideran.

La descompresión orbitaria es una técnica quirúrgica que consiste en reducir la presión dentro de la órbita para disminuir el riesgo de afectación del nervio óptico o de lesiones corneales por exposición. La descompresión puede realizarse aumentando el espacio dentro de la órbita, mediante cortes en los huesos de la órbita para aumentar el espacio o reducir el contenido de grasa orbitaria que es el que aumenta en la enfermedad.

Procedimiento a llevar a cabo: .....

**Las posibles complicaciones**, que aunque infrecuentes, que pueden derivarse de la descompresión orbitaria son:

- Infecciones de la herida
- Hematomas retroorbitarios
- Enoftalmos
- Persistir el exoftalmos
- Edema o hematomas palpebrales y conjuntivales.
- Alteraciones pupilares
- Alteraciones en la movilidad ocular con diplopía (visión doble) por afectación nerviosa o adherencias postquirúrgicas.
- Pérdida de la agudeza visual o pérdida de la visión por afectación del nervio óptico.
- Retracciones palpebrales o mala cicatrización de las heridas con posibilidad de producirse ectropión o entropión o cicatrices antiestéticas.
- Alteración de la sensibilidad en las zonas periféricas a la órbita intervenida.
- Recidiva de la lesión o posibilidad de precisar otros procedimientos complementarios.
- Mala consolidación del hueso en las osteotomías.
- Exposición de las miniplacas para fijar los fragmentos óseos cortados y necesidad de eliminarlas.

Si desea más información sobre este tema, no dude en consultarlo con entera libertad con el especialista

Además de estas técnicas quirúrgicas otra alternativa es la Radioterapia, que dependiendo del problema concreto se valorará también. Si lo que tiene es una oftalmopatía de Graves-Basedow, la radioterapia se utiliza para frenar el aumento

de grasa, aunque si se opta por esta y posteriormente se realiza una cirugía de descompresión, se pueden incrementar los riesgos de la cirugía. En caso de ser tumoral, dependerá del tipo de tumor

## **DECLARACIONES Y FIRMAS**

---

### **PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR**

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

**Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.**

D/Dª . . . . .DNI. . . . .

..

En calidad de:    **IPACIENTE**       **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado

En Madrid, a . . . . . de . . . . . de 20 . . .

---

### **MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE**

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

---

### **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/Dª . . . . .DNI. . . . .

..

En calidad de:    **IPACIENTE**       **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

**FIRMAS**

**EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL  
RESPONSABLE**

**EL MEDICO**

En Madrid, a . . . . . de . . . . . de 20 . . .

---

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN . . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

Nombre y firma del testigo. . . . .  
. . . . .

Nombre y firma del Médico responsable. . . . .  
. . . . .

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

---

11006 10/06/2015 11:12:33

---

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).