

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN LA OFTALMOPATÍA DE GRAVES EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La Oftalmopatía de Graves es una enfermedad autoinmune de origen poco conocido, que afecta a los pacientes con hipertiroismo (actividad excesiva de la glándula tiroides).

Los síntomas de esta enfermedad es la inflamación de los tejidos que rodean los ojos, produciendo enrojecimiento e irritación que también pueden manifestarse en la piel de las piernas.

El tratamiento consiste en la administración de corticoides por vía intravenosa de manera general 3 veces por semana, durante 2 semanas. Este procedimiento se realiza de forma ambulatoria en el centro hospitalario.

Aunque su enfermedad no está dentro de las indicaciones autorizadas en la ficha técnica de estos fármacos, si forma parte de los protocolos de actuación que se llevan a cabo en este centro.

La finalidad de este tratamiento es la mejoría de los síntomas que pesenta el paciente.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

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

Riesgos frecuentes:

- Elevación de la tensión arterial.
- Edemas (hinchazón).
- Molestias gastrointestinales.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Convulsiones.
- Psicosis.
- Lesiones oculares (ojos).
- Aumento del riesgo de infección.
- Úlceras de estómago y/o de duodeno.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

**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**

- Hipersensibilidad (alergia o intolerancia) a la medicación propuesta o a alguno de sus componentes.
- Enfermedades virales como: Varicela, Herpes simple, Herpes Zoster, Tuberculosis latente o manifiesta, sospechada o durante el periodo pre y post-vacunal.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Corticoides por vía oral.

**AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN LA OFTALMOPATÍA DE GRAVES EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me 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 padezco, 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Endocrinología*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 \_\_\_\_\_,

Fdo. Paciente: