

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE EXOFTALMOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El exoftalmos es cuando uno o ambos ojos parecen estar más salidos de lo normal. Esto suele pasar porque hay más grasa en la zona alrededor del ojo, lo cual puede ocurrir por diferentes enfermedades.

El procedimiento consiste en mover esa grasa y que el ojo vuelva a su lugar, ya sea completamente o en parte. La cirugía se realiza por la nariz usando un tubo delgado llamado endoscopio, que tiene luz y ayuda a visualizar el interior con claridad sin necesidad de realizar incisiones externas en la cara. Esta técnica permite trabajar con cuidado y proteger las partes importantes del ojo, la nariz y los senos paranasales.

Después de la operación, se suele colocar un tapón en la nariz durante un tiempo para ayudar a la recuperación.

Este procedimiento se realiza bajo anestesia general.

La finalidad de esta intervención es que los ojos vuelvan a una posición adecuada, mejorando tanto la apariencia estética como la función de la vista.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta, debido al taponamiento.
- Sangrado nasal leve.
- Vómitos sanguinolentos con coágulos.
- Sequedad nasal.
- Formación de costras en la nariz.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Visión doble, temporal o permanente, debido a que la extirpación de la grasa orbitaria no sea suficiente o se haya realizado de forma asimétrica.
- Ceguera del ojo afectado causada por una lesión del nervio, muy excepcional.
- Infección de la cavidad operatoria y de los senos paranasales.
- Aparición de fístulas de líquido cefalorraquídeo.
- Perforaciones del tabique nasal.

- Cicatrices anómalas entre las paredes de las fosas nasales.
- Trastornos del olfato.
- 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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE EXOFTALMOS"

Yo, D./Dª. _____, 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./Dª. _____, 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: