

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
REHABILITACIÓN QUIRÚRGICA POR ORBITOPATÍA TIROÍDEA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El propósito del procedimiento a realizar consiste en lograr la rehabilitación quirúrgica de los cambios anatómicos y funcionales que se han producido en la órbita y tejidos periorbitales debido a la enfermedad Tiroidea.

La descompresión ósea de la órbita puede causar alteraciones visuales e incluso la total pérdida de visión en 1 caso de cada 500 intervenciones, debido a manipulación quirúrgica en un espacio pequeño y complejo, como es la cavidad orbitaria, en especial en la región maxilar y bucal puede quedar alterada de manera post-operatoria debido a la manipulación de los nervios sensitivos de dichas zonas, existiendo en algunos casos una recuperación completa de la sensibilidad en un lapso aproximado de 6 meses.

La manipulación quirúrgica de la órbita puede producir un desbalance en la motilidad ocular, lo que podría originar la aparición de visión doble en el post-operatorio.

Debido a que la enfermedad ha afectado a los músculos extraoculares del ojo, esta alteración puede desaparecer en un lapso aproximado de 6 semanas, pero puede ser permanente y requerir una nueva intervención quirúrgica para corregir el problema.

El desbalance muscular originado por la cirugía será más notorio y posiblemente necesite de una nueva cirugía si previamente a la descompresión orbitaria ya presentaba alteración de la motilidad por fibrosis muscular, aun cuando clínicamente no tenga visión doble.

Se puede producir una hemorragia intraorbitaria en el post operatorio y las consecuencias (como pérdida de visión) que ésta puede traer, por lo que se va a dejar un drenaje que será retirado en el post-operatorio cuando se considere prudente.

Durante la descompresión ósea se puede producir una disrupción involuntaria del espacio craneal con la consiguiente pérdida de líquido cefalorraquídeo, que será intraoperatoriamente pero que puede ser motivo de una cirugía y, muy raramente, causa de una posible infección del sistema nervioso central.

Durante la cirugía de estrabismo puede producirse perforación ocular, por lo que puede ser causa de posponer la cirugía y originar alteraciones oculares como endoftalmitis o desprendimiento de retina.

Debido a la afectación de los músculos extraoculares por la enfermedad autoinmune con el consiguiente malfuncionamiento de los mismos, puede originar que la cirugía de estrabismo calculada no sea eficiente para eliminar la visión doble pudiendo requerirse nuevos procedimientos quirúrgicos de este tipo.

La cirugía de debilitamiento de los músculos elevadores del párpado superior para la corrección de la retracción palpebral superior puede causar hipo o hipercorrección debido a la subjetiva colaboración intraoperatoria que requieren los cirujanos de mi parte y también debido al proceso de cicatrización secundario post operatorio, por lo que es posible requerir una nueva intervención para la corrección quirúrgica de la posición del párpado superior.

El equipo quirúrgico tiene como objetivo lograr la mayor simetría posible en relación a la posición de los párpados, pero la simetría exacta es difícil de conseguir o no existe en la fisonomía normal. La utilización de espaciadores de los párpados para la corrección de la retracción palpebral superior o inferior tienen los riesgos del uso material donante y que pueden ser muy raramente mal tolerados por el organismo con la consiguiente necesidad de retirarlos postoperatoriamente, lo que sucede muy infrecuentemente.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Durante la cirugía se pueden observar situaciones que no se han detectado previamente o surgir condiciones que requieren la realización de algún procedimiento quirúrgico adicional que no ha sido explicado anteriormente, por lo que debe autorizar a los doctores a realizar los procedimientos operatorios adicionales que consideren necesarios durante el acto quirúrgico; igualmente al equipo quirúrgico a decidir la descompresión de alguna pared orbitaria adicional si considera que la descompresión ósea previamente discutida no es suficiente para lograr la adecuada rehabilitación quirúrgica.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento**:

- Infecciones postoperatorias
- Hemorragias
- Accidentes quirúrgicos como perforación involuntaria del globo ocular

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

En su caso particular la cirugía y lado a intervenir es el siguiente (**marque con una X**):

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Descompresión orbitaria ósea lipectomía | <input type="checkbox"/> |
| 2. Estrabismo restrictivo | <input type="checkbox"/> |
| 3. Retracción palpebral superior | <input type="checkbox"/> |
| 4. Retracción palpebral inferior | <input type="checkbox"/> |

Órbita lado:

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Rehabilitación Quirúrgica por Orbitopatía Tiroídea** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA REHABILITACIÓN QUIRÚRGICA POR ORBITOPATÍA TIROÍDEA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)