

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ÓRBITA.
LEY 17.132/LEY 26.529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.**

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

ESTADO DE SALUD/ DIAGNÓSTICO:

OBSERVACIONES/ ANTECEDENTES:

PROCEDIMIENTO:

La cirugía orbitaria es diseñada para cada paciente dependiendo de su diagnóstico presuntivo ya que el modo de actuación es distinto según la patología a intervenir. La descompresión orbitaria está indicada en pacientes con oftalmopatía distiroidea que presentan pérdida de la visión por compresión del nervio óptico, exoftalmos o exposición corneal grave. En muchos casos, suele ser la primera de una serie de cirugías en pacientes con oftalmopatía tiroidea. Los tumores orbitarios pueden requerir de una biopsia para su eliminación o diagnóstico. Ésta puede ser una biopsia por escisión, cuando el tumor debe eliminarse por completo, o biopsia por incisión, cuando se debe tomar una muestra del mismo para definir futuras conductas. La fractura del piso orbitario requiere la liberación del tejido orbitario y la reparación de la solución de continuidad con una malla o placa.

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médico-quirúrgicos en mi persona.

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS:

El objetivo varía también según el tipo de intervención:

- ❖ Descompresión orbitaria: se pretende mantener una buena agudeza visual y/o detener la progresión del daño, reducir el exoftalmos retrocediendo el globo ocular a la órbita y disminuir lesiones corneales.
- ❖ Tumor orbitario: descartar malignidad, evitar extensión y preservar la vida.
- ❖ Fractura de piso orbitario: liberar las adherencias al músculo recto inferior mejorando o eliminando la desviación ocular restrictiva por atrapamiento muscular (visión doble). Restaurar la anatomía normal de la cavidad orbitaria para reducir el desplazamiento posterior (enoftalmos) o inferior (hipoglobo) del ojo estéticamente inaceptable.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, todo procedimiento quirúrgico entraña ciertos riesgos. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. La visión doble y la tumefacción y caída del párpado superior

postoperatorias son comunes, pero suelen revertirse. Puede haber también infección, alteración en la sensibilidad de la cara, hemorragia y epistaxis postoperatoria, complicaciones derivadas del uso de material de osteosíntesis, hematoma o seroma postoperatorio, grados variables de telecanto residual, mala oclusión dentaria residual, lesión transitoria o definitiva parcial o total del nervio infraorbitario con trastornos de la sensibilidad en la piel del área operada y cicatriz en piel del área operada. En casos raros se produce ceguera debido a lesiones intraoperatorias de estructuras neurovasculares importantes o a una hemorragia postoperatoria. También existen complicaciones inherentes a la anestesia (shock anafiláctico, hipotensión, paro cardiorespiratorio).

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

No existen tratamientos alternativos a la descompresión orbitaria y a la reparación de la fractura de piso.

En tumores orbitarios: tratamiento sistémico con radioterapia o quimioterapia de estar indicado.

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACIÓN:

La no realización de este tipo de cirugías conlleva en ocasiones la pérdida progresiva de la visión:

- ❖ Descompresión orbitaria: leucomas cicatrizales, úlceras corneales, neuropatía óptica, queratitis a repetición con pérdida de la visión parcial o total irreversible.
- ❖ Tumores orbitarios: avance y diseminación de la enfermedad.
- ❖ Fractura de piso orbitaria: estrabismo restrictivo persistente por atrapamiento ocular, enoftalmos (retroceso o descenso del globo ocular).

Autorizo al equipo médico tratante para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados, se estime conveniente; habiéndome explicado y tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados, y notificándome expresamente de que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura derivados del tratamiento o intervención a la que seré sometido, asumiendo para el caso que se produjeran, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de otros procedimientos diagnósticos/terapéuticos.

También autorizo a iconografiar y/o filmar el procedimiento para ser presentado con fines académicos con la debida protección de identidad.

Finalmente autorizo a realizar las curaciones y controles necesarios en el período postoperatorio.

Habiendo podido aclarar las dudas sobre lo informado, certifico haber entendido los riesgos, las posibilidades de fracaso y las alternativas terapéuticas planteadas.

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
FIRMA DEL MÉDICO

.....
Aclaración

.....
Aclaración