

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL PÁRPADO SUPERIOR COMO TRATAMIENTO DEL LAGOFTALMO

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL PÁRPADO SUPERIOR COMO TRATAMIENTO DEL LAGOFTALMO, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El lagofタルmo es la imposibilidad del párpado para verificar completamente el cierre ocular. Esta situación puede tener diversas causas; no obstante, la más frecuente es la parálisis del músculo encargado de dicha función, denominado orbicular.

Esta situación justifica que toda, o una parte de la cara anterior del globo ocular -que incluye la córnea-, quede desprotegida, por lo que puedan aparecer lesiones, en ocasiones graves e irreversibles, de las mencionadas zonas oculares.

El lagofタルmo puede ser temporal, prolongado o permanente. Cada una de estas situaciones, así como otras circunstancias, tales como la causa responsable, las características del paciente, etc. aconsejarán el tratamiento más oportuno. Su médico le orientará a este respecto

Uno de estos tratamientos es la inyección, en el párpado superior, de una sustancia que se llama ácido hialurónico. Este compuesto tiene un cierto peso por lo que, una vez inyectado, ayudará al descenso del párpado superior, con el objeto de que su ojo cierre completamente.

El ácido hialurónico se debe inyectar en el surco del párpado superior, en una cantidad que se valora paulatinamente, en sucesivas inyecciones, hasta que se alcanza el punto deseado de cierre completo o casi completo del párpado.

Una de las ventajas del ácido hialurónico es que su efecto se puede eliminar, en el momento deseado, mediante la utilización de otra sustancia denominada hialuronidasa que "disuelve" el ácido hialurónico inyectado previamente.

El procedimiento quirúrgico se realiza mediante anestesia local, potenciada o no por una analgesia con sedación, y suele ser ambulatorio.

La inyección se realiza en la zona media de la línea pupilar.

Es normal que aparezca un abultamiento en la zona de la inyección y, ocasionalmente, un moretón, así como un pequeño dolor u otras molestias pasajeras, debidas a la inyección realizada.

En ocasiones, esta inyección se realiza como complementaria a otras técnicas quirúrgicas, como la inserción de una pequeña pesa de oro en el párpado superior.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Cuando está indicada, y no se han puesto en marcha otras medidas protectoras de la córnea, puede aparecer sequedad de la córnea, inflamación de la misma por exposición, úlceras corneales y, eventualmente, ceguera.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL PÁRPADO SUPERIOR COMO TRATAMIENTO DEL LAGOFTALMO

BENEFICIOS ESPERABLES

El cierre adecuado del párpado superior y la protección de la córnea.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las parálisis que se prevean de corta duración pueden ser tratadas con medidas conservadoras, como lubricantes, cintas adhesivas, oclusiones oculares intermitentes, y pesos palpebrales externos. Si su recuperación se calcula tardía o definitiva se pueden considerar técnicas quirúrgicas permanentes, tales como la tarsorrafia, o procedimientos neuroquirúrgicos como injerto de nervio facial, la anastomosis con el llamado nervio hipogloso, así como otras técnicas más complejas (trasposiciones musculares del frontal, injertos musculares libres, etc.)

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Si bien el procedimiento se realiza con las mayores precauciones, cabe la posibilidad de que se produzca una infección del área quirúrgica. En general, cede bien al tratamiento antibiótico, pero podría complicarse y producir la necrosis de la zona.

Cabe la posibilidad de que el paciente desarrolle una alergia o una intolerancia al ácido hialurónico, lo que podría producir una reacción inflamatoria persistente de la zona.

Asimismo, podría producirse una ptosis (caída) palpebral excesiva o, por el contrario, un lagoftalmo residual (es decir un cierre insuficiente del párpado intervenido).

Pueden, también, aparecer cicatrices inestéticas o hipertróficas, así como irregularidades del párpado.

En ocasiones excepcionales se puede alterar la curvatura de la córnea y desarrollar alteraciones refractivas, tales como astigmatismo, o hipermetropía.

También excepcionalmente, como todas las sustancias inyectadas, cabe el riesgo remoto de embolización arterial: su médico le explicará la naturaleza de esta complicación.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, aunque se realice con una analgesia/sedación: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia o la analgesia/sedación es muy variable, en dependencia del estado general del paciente, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL PÁRPADO SUPERIOR COMO TRATAMIENTO DEL LAGOFTALMO

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL PÁRPADO SUPERIOR COMO TRATAMIENTO DEL LAGOFTALMO

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: