

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 lagofthalmo 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 lagofthalmo puede ser temporal, prolongado o permanente. Cada una de estas situaciones, así como otras circunstancias, tales como la causa responsable del mismo, las características del paciente, etc. aconsejarán el tratamiento más oportuno. Su equipo 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 valorará 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.

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

Es normal que aparezca un abultamiento en la zona de la inyección y, ocasionalmente, un moratón, 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.

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/la 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 lagofタルmo 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.

Nombre y apellidos:

Firma:



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

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, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia general es muy variable, en dependencia del estado general, 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

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 ésta, 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 para el equipo que me atiende.

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

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

Nombre y apellidos:

Firma:

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

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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo 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 equipo asistencial 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.

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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

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

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/La 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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: