



Consentimiento Informado para
Tratamiento de la Orbitopatía
Tiroidea en Fase Activa

Versión 2.0

Consentimiento Informado para Tratamiento de la Orbitopatía Tiroidea en Fase Activa

Consentimiento Informado para Tratamiento de la Orbitopatía Tiroidea en Fase Activa

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento para:
ORBITOPATÍA TIROIDEA

Cavidad orbitaria lado:.....

INFORMACIÓN

La Orbitopatía Tiroídea es una enfermedad autoinmune, de tipo inflamatorio que afecta la región orbitaria. Su actividad inflamatoria se debe a la presencia de una reacción antígeno-anticuerpo que afecta las células del tejido blando de la región retro ocular, peri ocular y músculos extraoculares.

El tratamiento de la fase activa de la enfermedad se realiza en base a fármacos que modulen el sistema inmune y regulen la actividad inflamatoria. Los inmunosupresores más utilizados son Ciclosporina, Metrotexate y los esteroides a dosis altas que tienen además de un efecto antiinflamatorio, un efecto inmunomodulador a dosis altas. La cortisona en sus presentaciones de Prednisona y Metilprednisolona es el tratamiento antiinflamatorio más utilizado.

La vía de administración de la Metilprednisolona es por vía I.V, a razón de 1gr. día, administrada en días alternos o días seguidos en tres dosis. La vía de administración de la Prednisona es vía oral en dosis diarias que pueden llegar hasta 200mgr. /día, pero genera más efectos secundarios.

Los efectos colaterales de los esteroides de manera prolongada pueden ser:

- Supresión del eje Hipotálamo-Suprarrenal
- Aumenta la susceptibilidad a infecciones
- Riesgo de úlcera péptica
- Miopía esteroidea
- Osteoporosis
- Osteonecrosis aséptica
- Catarata subcapsular posterior
- Cambios conductuales
- Retraso del crecimiento
- Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico
- Descompensación de Diabetes Mellitas

Los efectos con tratamientos cortos, en especial por vía I.V., son mucho menores y disminuye la toxicidad de manera importante. La inyección endovenosa (I.V) de Metilprednisolona conlleva los riesgos inherentes al medio de administración. Puede surgir luego de la administración sensación de calor, parestesias, insomnio y nerviosismo que disminuirán a medida que transcurra el tiempo. Igualmente puede existir riesgo de tromboflebitis, reacción anafiláctica a la medicación e infección localizada. La retención de líquidos y el aumento de peso son efectos colaterales que desaparecen con la suspensión de tratamiento y pueden paliarse con la administración concomitante de diuréticos. La alteración hidroelectrolítica podría causar disfunción cardíaca,

aunque esto es muy raro, igualmente existe una remota posibilidad de descompensación diabética con alteraciones de la conciencia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento para:
ORBITOPATÍA TIROIDEA

Cavidad orbitaria lado:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).