

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENOFTALMOS.¹

D./Dña.:de.....años de edad
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio eny D.N.I.nº.....
en calidad de.....de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña:.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de ENOFTALMOS.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de enoftalmos secundario a cavidad anoftálmica o a fractura orbitaria.

2.-El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación, o general.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES: Cuando se procede a la realización de una evisceración o una enucleación, con el paso del tiempo se producen una serie de alteraciones fisiopatológicas en los tejidos orbitarios que condicionan la aparición de una serie de cambios en la cavidad intervenida. Entre las que pueden aparecer destaca el ENOFTALMOS (esto es, ojo hundido). Las causas de dicho enoftalmos son múltiples pero destacan: prótesis orbitarias de pequeño tamaño, atrofia de la grasa orbitaria, alteración de los ligamentos de la órbita...La solución en la mayoría de los casos es quirúrgica y depende de la causa que originó el enoftalmos. Así, puede ser necesaria la apertura de la cavidad anoftálmica, la retirada de la prótesis orbitaria anterior y su sustitución por otra de mayor tamaño. En otras ocasiones hay que aumentar el volumen de la órbita colocando en el suelo orbitario diferentes materiales como polietileno poroso o tejidos autólogos (hueso costal, cartílago costal, injerto dermograso...) Finalmente, en algunos casos basta con la inyección retrobulbar de materiales inertes y biocompatibles para aumentar el volumen de la órbita. En el caso de las fracturas, debe interponerse un material que cierre la fractura para evitar que la grasa que rodea al globo ocular se desplace hacia los senos paranasales, provocando el hundimiento del globo ocular. Esto se realiza por diferentes vías de abordaje (subconjuntival, subciliar...), con colocación de material sintético (polietileno poroso, titanio...) o tejidos autólogos (hueso, cartílago). También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4.- RIESGOS/ COMPLICACIONES Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida, poco frecuente y se suele tratar con antibióticos orales y/o intravenosos, edema de conjuntiva (quemosis), que suele ceder espontáneamente, exposición de la esfera porosa, que aparece en aproximadamente el 5% de los casos. Requiere la colocación de injerto dermograso, injerto de mucosa labial, fascia temporal o fascia lata, esclera fresca o liofilizada o material sintético, hipocorrección del enoftalmos, ocurre sobre todo con tejidos autólogos que sufren, con el tiempo, reabsorción, hipercorrección del enoftalmos, se trata de una complicación muy rara y se produce por haber introducido excesivo material dentro de la órbita, debe ser corregida por medio de cirugía, rechazo o extrusión del material sintético, requiere la retirada del mismo. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora. En caso de usar tejidos propios del paciente existe el riesgo de complicaciones propias en el lecho donante: cicatrices inestéticas, hematoma, infecciones.

Cuando se utilizan tejidos de banco puede existir la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas (virus, bacterias, priones).

En caso de utilizar material no biológico existen riesgos de intolerancia o infecciones del material extraño, que pueden requerir su retirada.

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

6- ALTERNATIVAS El médico me ha explicado que no existe alternativa que no sea la quirúrgica.

7- DECLARO Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

Que la cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso.

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

8- AUTORIZO : a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares.

A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado.

A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Y en tales condiciones

CONSENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ENOFTALMOS así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

En a de 2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña..... de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de paciente / representante legal, familiar o allegado

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En a de 2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado

