

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENUCLEACIÓN, EVISCERACIÓN E IMPLANTE SECUNDARIO.¹

D./Dña.: de años de edad
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en y 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, a la CIRUGÍA de EVISCERACIÓN / ENUCLEACIÓN / IMPLANTE SECUNDARIO.

- 1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de ojo ciego y doloroso, ojo ciego e inestético, tumor intraocular o la implantación de prótesis orbitaria en cavidad anoftálmica.
- 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: Existen diferentes enfermedades oculares que pueden terminar por originar un ojo ciego y doloroso o bien un ojo ciego con un aspecto estético inaceptable. Algunas de ellas son: Glaucomas neovasculares, desprendimientos de retina, traumatismos y perforaciones graves del globo ocular, infecciones intraoculares... En estos casos, la mejor solución, puesto que no hay posibilidad ninguna de rehabilitación visual ni de control de la tensión ocular y del dolor, es la EVISCERACIÓN. Esta intervención consiste en el vaciamiento del contenido del globo ocular, manteniendo las paredes oculares y los músculos que se insertan en ellas. Posteriormente se suele introducir una prótesis en el interior de la cavidad creada para producir volumen y para facilitar los movimientos oculares. Finalmente, a los 20-30 días después de la intervención, el paciente es remitido a un ocularista para la adaptación de una prótesis ocular sobre la conjuntiva que proporciona el efecto estético final deseable.

En otras situaciones, sobre todo en el caso de tumores intraoculares o infecciones intraoculares graves, el tratamiento de elección es la ENUCLEACIÓN. En esta cirugía se procede a extirpar todo el globo ocular, incluyendo parte del nervio óptico, dejando los músculos extraoculares que posteriormente se suturan a una prótesis orbitaria. Con esta prótesis se pretende conseguir volumen y motilidad de la cavidad. Puede ser preciso, en algunas ocasiones, la utilización de diferentes tejidos para recubrir la prótesis como tejidos propios del paciente (fascia temporal, fascia lata, injerto dermograso, injerto de mucosa labial...), tejidos procedentes de donantes de banco de ojos (esclera fresca o liofilizada), tejidos sintéticos (PTFE...). El paciente es remitido, aproximadamente entre 20-30 días después de la intervención al ocularista para la adaptación de una prótesis ocular.

En situaciones excepcionales, el paciente puede presentar un enoftalmos (hundimiento del ojo intervenido), mala motilidad de la prótesis ocular... En estos casos, se procede a la realización de un IMPLANTE SECUNDARIO, que consiste en la introducción de una prótesis orbitaria en la cavidad anoftálmica. Puede ser preciso, en algunas ocasiones, la utilización de diferentes tejidos para recubrir la prótesis con tejidos propios del paciente (fascia temporal, fascia lata, injerto dermograso, injerto de mucosa labial...), tejidos procedentes de donantes de banco de ojos (esclera fresca o liofilizada), tejidos sintéticos (PTFE...). Al finalizar la cirugía, el paciente es remitido, aproximadamente entre 20-30 días después de la intervención al ocularista para la adaptación de una prótesis ocular.

También cabe la posibilidad de 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 laata, esclera fresca o liofilizada o material sintético. En otras ocasiones hemos de retirar la esfera y sustituirla por otra, en casos excepcionales (menos del 0,1%) la intervención puede seguirse de una inflamación del ojo contrario que precisa tratamientos con antiinflamatorios esteroideos. Excepcionalmente la inflamación es tan grave que puede provocar la pérdida del ojo sano. Esta inflamación se llama OFTALMÍA SIMPÁTICA .El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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.

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-Destinatarios y finalidades que requieren consentimiento expreso. Le rogamos marcar una de las siguientes opciones: SI () NO () 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

CONSENTIMIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA ENUCLEACIÓN, EVISCERACIÓN E IMPLANTE SECUNDARIO así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

Ena.....de2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña..... deaños 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.

Ena.....de2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado