

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXENTERACIÓN.<sup>1</sup>

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, al tratamiento quirúrgico de EXENTERACIÓN.

**1.-** Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de tumor orbitario maligno, tumor palpebral o conjuntival maligno que invade la órbita y que no responde o no es susceptible de tratamiento con otras alternativas como quimioterapia o radioterapia, proceso inflamatorio esclerosante y doloroso que no cede a tratamiento médico .

**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 situaciones como algunos tipos de tumores orbitarios malignos, tumores malignos palpebrales, conjuntivales o de vecindad de la región orbitaria que invaden a órbita y que no responden o no son susceptibles de ser tratados con otras alternativas como radioterapia o quimioterapia, así como inflamaciones esclerosantes de la órbita que no responden a tratamientos alternativos médicos en los cuales hay que proceder a una EXENTERACIÓN.

Esta técnica quirúrgica consiste en la extirpación de todo el contenido infraorbitario: párpados, globo ocular, músculos, grasa... dejando únicamente las paredes óseas orbitarias. En algunos casos, bien por el tipo de tumor o por su localización, pueden conservarse los párpados ( EXENTERACIÓN SUBTOTAL) o por el contrario debe researse mayor cantidad de tejido ( senos paranasales, hueso..) que es lo que se denomina EXENTERACIÓN AMPLIADA.

En el postoperatorio queda una cavidad en lo que anteriormente era la órbita que puede ser reconstruida en parte, pasado un tiempo, por medio de diferentes tipos de colgajos músculo-vasculares ( músculo temporal, músculo frontal...) e injertos cutáneos para intentar reconstruir una cavidad donde poder implantar una prótesis ocular. En otros casos, la solución puede ser protésica con la adaptación de epíttesis sobre la cavidad.

También sé que 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 facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida, poco frecuente y se suele tratar con antibióticos orales y/o intravenosos. 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. 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.

<sup>1</sup> Ley General de Sanidad Art. 10

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 de la cirugía.

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 DE EXENTERACIÓN 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