

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE FRACTURA ORBITARIA.¹

D./Dña.: de años
de edad 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 para FRACTURA ORBITARIA.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de 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: Las fracturas orbitarias se producen como consecuencia de un traumatismo, de manera que como consecuencia de un golpe se produce una fractura de una o varias de las paredes orbitarias. Como consecuencia de la fractura de la pared orbitaria, puede producirse un atrapamiento de los músculos extraoculares que mueven el globo ocular impidiendo su normal motilidad o el desplazamiento de la grasa orbitaria que se encuentra por detrás del globo ocular hacia los senos paranasales. A veces, en los primeros días, la fractura puede estar enmascarada por otros síntomas como pérdida de visión, hematoma palpebral... por lo que el diagnóstico puede tardar días o semanas en realizarse. No obstante, no todas las fracturas orbitarias han de ser intervenidas puesto que esto depende del tamaño y la localización de las mismas, así como los síntomas asociados: visión doble (diplopia) y hundimiento del globo ocular (enoftalmos). Por otro lado, la cirugía no ha de ser inmediata sino que puede demorarse días-semanas desde el traumatismo. En otras ocasiones, una fractura pequeña puede haber pasado inadvertida y el paciente acudir con enoftalmos o diplopia que requerirán cirugía.

La técnica quirúrgica consiste en el cierre de las paredes orbitarias rotas mediante la interposición de una placa fina de un material que puede ser autólogo (hueso o cartilago) o sintético (poliuretano poroso, titanio...). Esa placa puede ser dejada en el lugar de la sutura sin precisar anclaje o precisar de anclajes mediante placas y tornillos. La vía de abordaje dependerá de la localización de la fractura de manera que puede ser a través del fondo de saco conjuntival inferior, a través del párpado inferior, a través de carúncula, pliegue palpebral superior... En ocasiones, en fracturas muy complejas, con afectación de otros huesos de la nariz o de la cara puede ser precisa la colaboración de un cirujano maxilofacial o un otorrinolaringólogo.

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 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, cicatriz, depende de la capacidad de cicatrización que usted tenga y de la localización y tamaño de la lesión, hematoma orbitario, se produce por sangrado de algún vaso orbitario durante la cirugía. Si es de pequeña intensidad, no precisa medidas importantes pero si es grave precisa reintervención y drenaje del hematoma, porque puede provocar compresión del nervio óptico y pérdida de la visión, a veces irrecuperable, visión doble (diplopia), puede producirse por lesión de los músculos que mueven el ojo. Puede ser pasajera o permanente. En este caso, puede requerir una intervención de estrabismo (de los músculos del ojo), pérdida de agudeza visual, puede producirse por sangrado orbitario o por lesión de pequeños vasos (arterias ciliares) en la porción posterior del globo ocular, hipocorrección del enoftalmos, puede ser debida a que no se coloque la suficiente cantidad de material para el cierre de la fractura o que no se haya reparado en su totalidad el saco herniario, según el grado de hipocorrección puede precisar reintervención. 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

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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 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

CONSIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURA ORBITARIA así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica		
En a de 2		
Fdo.:El/la Médico allegado	Fdo.: El Paciente	Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

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