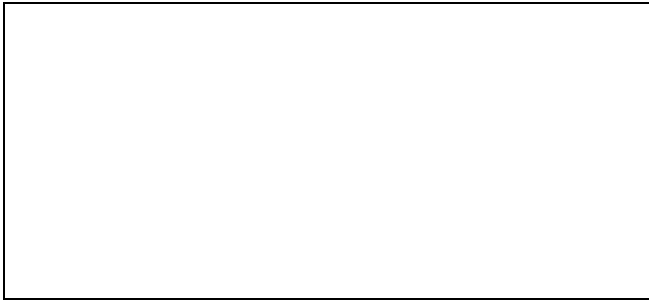


DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPOSICIÓN/ EXTRUSIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO.¹



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, al tratamiento quirúrgico de EXPOSICIÓN/ EXTRUSIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de exposición/ extrusión de implante orbitario tras cirugía de evisceración/ enucleación/ implante secundario.

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: Después de una evisceración o una enucleación del globo ocular, puede producirse una exposición (apertura e los tejidos que protegen al implante orbitario) o una extrusión (apertura de los mismos tejidos, seguida de una tendencia a la expulsión del implante). Estas dos complicaciones puede aparecer precozmente (a las pocas semanas de la intervención) o tardíamente (meses o años después de la intervención). En el primer caso suele deberse a un cierre inadecuado de las diferentes estructuras que rodean el al globo ocular. En el segundo caso se produce casi siempre por una necrosis de dicho tejidos (esto es a una falta de vascularización o de aporte sanguíneo) Cuando las exposiciones son pequeñas (menores de 2 mm) suelen responder a tratamiento médico conservador. Sin embargo, cuando son mayores es necesaria la intervención puesto que producen diferentes molestias como sensación de cuerpo extraño, secreción abundante, sangrado o molestias al portar la prótesis ocular. Las extrusiones siempre precisan tratamiento quirúrgico.

La intervención quirúrgica depende del estado de las diferentes cubiertas que rodean al implante orbitario. Así puede ser preciso injertos de fascia lata, injerto dermograso, injerto de mucosa labial o incluso recambio del implante por otro de menor tamaño.

También sé, que 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, necrosis de los injertos, puede ocurrir que se produzca una falta de riego en los tejidos injertados, por lo que se producirá una necrosis y secundariamente un fracaso de la cirugía que precisará de una nueva reintervención, molestias en la deglución, aparece si necesitamos extraer un injerto de mucosa labial. Suele ceder en 10-15 días cuando cicatriza la herida.

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

CONSIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EXPOSICIÓN/ EXTRUSIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

Ena.....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.

Ena.....de.....2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado

