

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETRACCIONES DE FÓRNICES,  
RETRACCIÓN DE CAVIDAD ANOFTÁLMICA.<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 la RETRACCIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES/ RETRACCIÓN DE CAVIDAD ANOFTÁLMICA.

**1.-**Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de retracción de fondos de saco conjuntivales/ retracción de cavidad anoftálmica 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:** 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, destacan tanto la RETRACCIÓN DE LOS FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES como la RETRACCIÓN DE LA CAVIDAD ANOFTÁLMICA. Las causas de dichas retracciones son múltiples pero destacan: prótesis oculares mal adaptadas, inflamaciones o infecciones repetidas de la conjuntiva, atrofia de la grasa orbitaria, múltiples intervenciones sobre la cavidad, tratamientos previos con radioterapia...que provocan tanto la fusión de los párpados a la conjuntiva como una falta de vascularización de la órbita. La disminución de los fondos de saco conjuntivales origina que la prótesis ocular no se pueda adaptar con normalidad, saliéndose con frecuencia. Por su parte, la retracción de la cavidad origina una disminución del tamaño de la hendidura palpebral, con dificultad extrema en la adaptación de la prótesis ocular y fusión, en muchas ocasiones, de la conjuntiva a los párpados. La solución en la mayoría de los casos es quirúrgica. Consiste en intentar ampliar, por una parte, los fondos de saco conjuntivales por medio de diferentes tipos de injertos ( mucosa bucal, dermograso, paladar,membrana amniótica...) y por otro, en intentar aumentar el volumen de la órbita con tejidos vascularizados ( colgajos musculares, injertos dermograsos, cutáneos...).

En casos ya muy evolucionados, la única posibilidad puede ser cosmética ( con epítexis) o radical con exenteración orbitaria y reconstrucción parcial.

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, 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, fracaso de la cirugía, puede requerir 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 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

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

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- 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 DE RETRACCIONES DE FÓRNICES, RETRACCIÓN DE CAVIDAD ANOFTÁLMICA 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

