

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE EXPOSICIÓN/EXTRUSIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Cuando se ha realizado una intervención para la eliminación parcial o total del ojo en la que se ha colocado un implante ocular, a corto o largo plazo, pueden producirse complicaciones como la apertura de los tejidos que protegen al implante, seguida de una posible expulsión del mismo.

Este procedimiento consiste en realizar reposicionamiento o incluso recambio del implante por otro de menor tamaño. Dependiendo del estado de las diferentes capas que rodean al implante se realizan suturas o incluso autoinjertos de tejidos dermográcos del muslo, zona glútea o de la mucosa labial, esclera de donante o membranas biológicas.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

La intervención se hace con anestesia local, con o sin sedación y en casos excepcionales puede estar indicada la anestesia general.

La finalidad de esta intervención es reparar la dehiscencia de tejidos y/o la extrusión del implante y eliminar los síntomas asociados a estos.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes en los días siguientes:

- Edema, hematoma del párpado y/o facial, así como en la conjuntiva.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección de la herida quirúrgica.
- Dehiscencia (apertura) de la herida y/o cicatrización retardada.
- Necrosis de los injertos por falta de riego sanguíneo.
- Fracaso de la cirugía.
- En caso de usar tejidos propios del paciente existe el riesgo de complicaciones propias en el lecho (zona) donante: cicatrices inestéticas, hematoma, infecciones.
- Cuando se utilizan tejidos de banco o membranas biológicas (no propios del paciente) puede existir la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas (virus, bacterias, priones).
- Intolerancia al material utilizado en la reparación.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

## RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

## AUTORIZACIÓN PARA "REPARACIÓN DE EXPOSICIÓN/EXTRUSIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: