

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EVISCERACIÓN O ENUCLEACIÓN

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

Estas intervenciones en las que se elimina todo o parte del globo ocular se realizan en:

- Patologías oculares crónicas terminales que provocan dolor y/o menoscabo estético y que no pueden ser mejoradas por otros tratamientos.
- Traumatismos oculares que producen lesiones tan intensas que no pueden ser reparadas quirúrgicamente.
- Tumores intraoculares o infecciones oculares graves para evitar su diseminación.

Según la patología se puede realizar las siguientes técnicas:

☐ **Evisceración:** extirpar el contenido del globo ocular y la parte anterior del mismo, rellenando el interior con una prótesis que permita mantener la forma de la cavidad dejada por la intervención.

☐ **Enucleación:** extirpar el globo ocular completamente, rellenando el hueco dejado por la intervención con una prótesis que permita mantener la forma de la cavidad dejada por la intervención, generalmente fijada a los músculos de la órbita.

La elección de una u otra técnica será hecha mediante el criterio del médico, que informará y consensuará con el paciente. La técnica que se va a realizar en este caso es la señalada.

Semanas después de cualquiera de estas dos intervenciones, cuando los tejidos hayan cicatrizado, se podrá colocar en la cavidad externa una prótesis ocular que permita mejorar el aspecto estético.

Estas operaciones se realizan con anestesia general, aunque en ocasiones las evisceraciones se pueden realizar con anestesia local.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la cirugía es:

Evisceración: disminuir o eliminar los dolores producidos por patologías oculares, mejorar el aspecto estético de la persona y eliminar tejidos dañados que no pueden ser reparados quirúrgicamente.

Enucleación: evitar la progresión y diseminación de la enfermedad en el caso de tumores o infecciones y eliminar tejidos dañados que no pueden ser reparados quirúrgicamente ni siquiera con la evisceración.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

## RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hemorragia local intra o postoperatoria.
- Dolor postoperatorio o persistente que puede requerir medicación.
- Migración o extrusión a medio o largo plazo del implante colocado.
- Necesidad de reintervenciones.
- El ojo simulado puede no tener una apariencia estética ni una movilidad similar a la del ojo propio.
- 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 “TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EVISCERACIÓN O ENUCLEACIÓN”

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

|                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| Firma del representante legal: | Fdo.: Dr./Dra.          |
| DNI/NIE o pasaporte:           | Col. Nº:<br>Servicio de |

---

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

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: