

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR

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

La intervención a la que se someterá consiste en reconstruir las estructuras de la parte anterior de su globo ocular y/o los tejidos alrededor del ojo (como los huesos de la órbita, los músculos extraoculares, los párpados, la conjuntiva, la vía lagrimal y otros) que hayan sufrido daños por accidentes, traumatismos o intervenciones quirúrgicas previas.

Para reconstruir los tejidos oculares o perioculares, pueden requerirse materiales ajenos al organismo, ya sean sintéticos o metálicos. Esto incluye suturas, lentes intraoculares, implantes artificiales o injertos de su propio tejido o procedentes de donantes, como membrana amniótica, córnea o esclera de donante. Según el grado de complejidad de las lesiones que presente el aparato de la visión, la reparación puede requerir varias intervenciones sucesivas.

Si el globo ocular está gravemente dañado y no tiene posibilidades de recuperación, podría ser necesario realizar una evisceración (vaciamiento del ojo y extirpación de su parte frontal) o, si no es posible, una enucleación (extirpación completa del globo ocular).

Esta intervención se realiza generalmente con anestesia local y sedación, y en casos excepcionales, con anestesia general.

Si no se realiza la cirugía, pueden presentarse infecciones y otras complicaciones graves, especialmente si el accidente o la enfermedad fueron severos, o si la reconstrucción se demoró demasiado. Esto podría llevar a la pérdida del ojo e incluso representar un riesgo para la vida.

El objetivo de este procedimiento es restaurar las funciones del globo ocular para mejorar la visión. En caso de lesiones graves, se busca minimizar las secuelas y, si es necesario, proteger la vida del paciente.

### **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.

#### Durante la cirugía:

- Hemorragias.
- Pérdida de visión.
- Perforación ocular.
- Salida de vítreo o de otros contenidos oculares, o infección.

#### Después de la cirugía:

- Dolor y molestias en la zona.
- Necesidad de usar tratamientos locales con colirios y/o pomadas, además de tratamientos generales, durante varias semanas o meses.
- Visión doble, temporal o permanente.

- Visión defectuosa, si quedan secuelas en los tejidos oculares.
- Deformación estética de las estructuras palpebrales/oculares.
- Defectos de refracción ocular que requieran corrección óptica o quirúrgica.
- Inflamaciones.
- Infección de los tejidos peri o intraoculares.
- 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 "CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR"**

Yo, D./Dª. , 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./Dª. , 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: 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: