

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE ENUCLEACIÓN Y EVISCERACIÓN LEY 17132/ LEY 26.529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

ESTADO DE SALUD/ DIAGNOSTICO:

OBSERVACIONES/ ANTECEDENTES:

PROCEDIMIENTO

La cirugía denominada evisceración consiste en la remoción del contenido ocular, respetando la esclerótica y los músculos extraoculares. Está indicada como tratamiento de un ojo ciego y doloroso en el que se descartó neoplasia intraocular previamente o en casos de endoftalmitis, extrayendo el contenido infectado.

La enucleación es la extracción del globo ocular por completo de la órbita. La principal indicación de la enucleación son los tumores intraoculares, traumatismos graves y como prevención de la oftalmía simpática.

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médicos - quirúrgicos en mi persona.

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS

El objetivo varía también según el tipo de intervención:

- ❖ Ojo ciego doloroso: disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente.
- ❖ Tumor intraocular: descartar malignidad, evitar extensión, preservar la vida.
- ❖ Endoftalmitis: reseca la infección evitando su diseminación.
- ❖ Traumatismos graves: remoción del tejido con daño irreversible para proporcionar una cavidad sana que pueda alojar una prótesis ocular estéticamente agradable.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, todo procedimiento quirúrgico entraña ciertos riesgos. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial.

Dentro de las complicaciones tempranas se encuentra el dolor, que se tratará con analgésicos, meningitis, infecciones, edema.

Entre las complicaciones tardías, se presentan: la asimetría, la diseminación del tumor, retraso en el crecimiento óseo en el niño, la migración y extrusión del implante, la

pérdida de volumen orbitario, la mala movilidad ocular, hemorragias, la caída del párpado y el ectropión con imposibilidad de retener la prótesis y requerimiento de nuevas cirugías. La oftalmía simpática del ojo contralateral es una complicación de la evisceración únicamente.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

- ❖ Tratamientos sistémicos con quimioterapia o radioterapia en tumores intraoculares con menor tasa de sobrevida y curación.
- ❖ Endoftalmitis: Tratamientos sistémicos con antibióticos de amplio espectro con menor tasa de sobrevida y mayor riesgo de secuelas.
- ❖ Traumas oculares: cierre simple o por segunda de las heridas.

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:

- ❖ Progresión de la enfermedad tumoral con riesgo de diseminación y riesgo de vida.
- ❖ Progresión de la infección con riesgo de diseminación y afección del sistema nervioso central.
- ❖ Oftalmía simpática: Afección del ojo contralateral (ojo sano) por una reacción inflamatoria exagerada desencadenada por el trauma inicial.
- ❖ Cosméticas: imposibilidad de utilizar prótesis oculares por contracción de la cavidad orbitaria.

Autorizo al equipo médico tratante para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados, se estime conveniente; habiéndoseme explicado y tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados y notificándome expresamente de que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura derivados del tratamiento o intervención a la que seré sometido, asumiendo para el caso que se produjeran, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de otros procedimientos diagnósticos/ terapéuticos.

También autorizo a iconografiar y/o filmar el procedimiento para ser presentado con fines académicos con la debida protección de identidad.

Finalmente autorizo a realizar las curaciones y controles necesarios en el período postoperatorio.

Habiendo podido aclarar las dudas sobre lo informado, certifico haber entendido los riesgos, las posibilidades de fracaso y las alternativas terapéuticas planteadas.

**FIRMA DEL PACIENTE o
REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA DEL MEDICO