

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE EVISCERACIÓN OCULAR

(Leyes 26.529 y 26742 y Decreto Reglamentario 1089/2012)

Nota: El diseño y contenido de este consentimiento, evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Prof. Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

### DERECHO A NO RECIBIR INFORMACIÓN SANITARIA

Ejercicio mi derecho a no recibir información sanitaria vinculada a mi patología ocular, los procedimientos diagnósticos relacionados ni los tratamientos planificados.

_____	_____
Firma del paciente	Firma del profesional
DNI _____	DNI _____

Autorizo a disponer de la información sanitaria vinculada a mi patología ocular y a decidir sobre mi tratamiento a \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_.

_____	_____
Firma del paciente	Firma del representante legal
DNI _____	DNI _____

### 1) Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha, \_\_\_\_\_, recibí de mi oftalmólogo, Dr. \_\_\_\_\_, este formulario que contiene información sobre mi enfermedad ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y las posibilidades alternativas terapéuticas que tengo a mi disponibilidad. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado el día \_\_\_\_\_ para que el oftalmólogo aclare todas mis dudas.

### 2) ¿En qué consiste la evisceración de un ojo?

La evisceración consiste en la extracción total del contenido de un ojo, preservando las capas externas, para colocar en su interior un implante que reemplace el volumen ocular.

Los motivos que llevan a la evisceración son múltiples, entre otros se describen los siguientes: 1) traumatismos severos donde es imposible reconstruir el globo ocular; 2) ojos que han perdido su visión y producen dolor; 3) ojos que han sufrido cuadros severos de infección que ha desintegrado sus tejidos.

Durante la evisceración se retira, como ya fue explicado, todo el contenido del globo ocular, preservando la esclera o parte blanca del ojo y los músculos que movilizan el ojo.

Para reponer el volumen extraído, se coloca un implante. Éste habitualmente es una esfera que se introduce en la cavidad que queda luego de la extracción total del contenido ocular. Esta cavidad es una especie de bolsa formada por la capa más externa del ojo, denominada esclera (la capa blanca externa del ojo). Existen implantes que tienen orificios muy pequeños o poros, a través de los cuales pueden crecer arterias y venas, hasta ser incorporados completamente al organismo. De esta manera, el implante adquiere el movimiento que le imprimen los músculos. Una vez terminada la operación, se cierra la conjuntiva por encima de este implante (membrana mucosa que cubre a la esclera) y se coloca una prótesis externa parecida a una lente de contacto de acrílico transparente denominada "conformador". Esta lente permite controlar la cicatrización. Una vez que la operación ha cicatrizado, se procede a realizar la prótesis cosmética (denominada "cascarilla"). Ésta es una lente de acrílico, confeccionada a medida por un protesista especializado, quien busca la máxima simetría (respecto al diseño y color) con el otro ojo. Esta prótesis tiene usualmente una movilidad muy aceptable, aunque difícilmente igual a la del ojo sano.

### **3) Beneficio que se espera conseguir con la evisceración.**

En los casos de severa infección del ojo, la evisceración reduce en forma significativa la posibilidad de que esta infección pueda extenderse al resto del organismo poniendo en riesgo la vida del paciente. En los casos de severo trauma ocular con pérdida absoluta de la visión y gran destrucción de la estructura del ojo, el objetivo de la evisceración es reducir significativamente la posibilidad que los restos de tejidos del ojo lesionado puede generar una reacción inmunológica que ataque al ojo sano (oftalmía simpática). Frente a estos ojos con estos cuadros tan severos, la evisceración busca un resultado estético aceptable (nunca perfecto) con cierta movilidad de la prótesis (nunca perfecta).

### **4) Riesgos y complicaciones de la cirugía de evisceración ocular.**

UN CONCEPTO IMPORTANTE: NO EXISTE NUNGUNA CIRUGÍA SIN RIESGOS. En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos. Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa. Para informarlo en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un LISTADO PARCIAL pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes:

- A.** Hematoma de los párpados.
- B.** Hemorragia orbitaria.
- C.** Dolor.
- D.** Infección.
- E.** Exposición del implante por apertura de la herida quirúrgica.
- F.** Existe una complicación muy rara pero potencialmente grave porque puede afectar al otro ojo: es la OFTALMÍA SIMPÁTICA: Se trata de una enfermedad inflamatoria-inmunológica que afecta al ojo sano.

Actualmente son casos excepcionales, pero el paciente debe saber que existe esa posibilidad remota.

La oftalmía simpática a pesar de que puede tratarse potencialmente es muy grave para el único ojo del paciente, pudiendo llevarlo a la ceguera.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL POSTOPERATORIO:**

Si durante el post operatorio Ud. nota dolor, aumento del edema de los párpados (hinchazón de párpados); aumento de la infiltración hemorrágica de los párpados ó secreción, tiene que acudir inmediatamente para que su cirujano, su equipo ó una guardia oftalmológica lo examinen sin demoras.

#### **5) Tratamientos alternativos. ¿Existe otra posibilidad de tratamiento para las patologías que determinan una indicación de evisceración?**

La única alternativa es una cirugía más radical denominada enucleación. En este caso se extrae toda la estructura del ojo afectado incluyendo la capa externa blanca del ojo denominada esclera. El resultado estético es inferior al que se obtiene con la evisceración.

En patología tumoral (cáncer) se prefiere la enucleación cuando se presume que el tumor ha invadido la pared blanca del ojo (esclera).

#### **6) Riesgos en caso de rechazar el tratamiento quirúrgico propuesto. ¿Qué ocurre si no se realiza la evisceración de un ojo cuando está indicado efectuarla?**

Los riesgos de no efectuar la evisceración son:

En los casos de severa infección del ojo, esta infección podría extenderse al resto del organismo poniendo en riesgo la vida del paciente. En los casos de severo trauma ocular con pérdida absoluta de la visión y gran destrucción de la estructura del ojo, los restos de tejidos del ojo lesionado pueden generar una reacción inmunológica que ataque al ojo sano (oftalmía simpática).

#### **7) Características particulares que presenta su caso**

#### **8) Espacio para anotar dudas o preguntas**

**9) Autorización del consentimiento informado**

Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y habiendo aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me realice una cirugía de evisceración de mi ojo \_\_\_\_\_ por el equipo médico constituido por los doctores\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Aclaración:\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**10) Fotografías y/o videos de la cirugía con finalidad científico-técnica:**

El paciente SI / NO AUTORIZA al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Publicaciones Médicas y/o ámbitos científicos preservando su identidad.- (Rodear con un círculo la opción elegida).

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Aclaración:\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**11) Revocación del consentimiento informado**

Dejo asentado mi voluntad de ejercer mi derecho a revocar el Consentimiento Informado previamente firmado en el que autorizaba al equipo médico integrado por los Dres. \_\_\_\_\_ a efectuarme una cirugía de evisceración de mi ojo \_\_\_\_\_. He sido informado sobre las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión, descritas en el ítem 6 de este formulario.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal (de corresponder): \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_