

Tratamiento quirúrgico de lesiones malignas o sospechosas de malignidad en globo ocular y anexos

Nº de Historia: _____

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de Don/Doña.: _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES MALIGNAS O SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD EN GLOBO OCULAR Y ANEXOS.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

En el globo ocular y/o los tejidos perioculares pueden aparecer tumores con malignidad potencial, es decir con capacidad de desarrollarse de forma incontrolada, que pueden dar lugar a la pérdida del ojo o de su función, diseminarse hacia otros órganos del cuerpo (metástasis), o terminar con la vida del paciente.

Algunos de los posibles tumores que pueden encontrarse son:

Retinoblastoma: Es un tumor maligno que aparece en el recién nacido, que se desarrolla a partir de la retina. En ocasiones se comprueba que el niño al nacer presenta una pupila blanquecina (leucocoria) y otras veces se descubre con motivo de una exploración rutinaria o por presentar un estrabismo.

Melanoma: Tumor que puede aparecer en la superficie del ojo o en su interior. Se puede desarrollar a partir de un nevus o manchas melánicas ya existentes, aunque también puede aparecer sin ninguna lesión previa.

Puede aparecer en la conjuntiva, iris o coroides.

Ambos tumores pueden requerir enucleación del globo ocular y en el melanoma, incluso puede ser necesario proceder a la exenteración orbitaria. Algunos casos se pueden tratar con criocoagulación, fotocoagulación láser, colocación de placas radioactivas (braquiterapia), radioterapia, quimioterapia, etc.

Estas operaciones se realizan habitualmente con anestesia general, aunque en ocasiones pueden ser realizadas con anestesia local.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Conservar la vida y evitar la progresión en caso de tumores malignos.

En casos favorables se puede detener el avance tumoral, aunque en general se va a necesitar el trabajo conjunto de varios especialistas, por las medidas complementarias que requiere habitualmente el tratamiento.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, en ocasiones es preciso acudir a otras medidas complementarias de la cirugía para solucionar definitivamente el problema (radioterapia, empleo de medicación, quimioterapia, etc.) o a la colaboración con otras Especialidades (Cirugía Maxilo-facial, Otorrinolaringología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica) en cuyo caso se arbitrarán las medidas adecuadas de coordinación. No hay por tanto alternativas al conjunto de procedimientos que se suelen ofrecer.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Dolor y molestias en la zona, tanto por el efecto del propio proceso como de las suturas que habitualmente son necesarias y han de ser mantenidas durante días o semanas según las estructuras afectadas.

Necesidad de mantener tratamiento locales con colirios y/o pomadas además de tratamientos generales ocasionalmente, durante varias semanas.

Lograr obtener, en caso de lesiones no graves, o en las que no afectan directamente al globo ocular la conservación o recuperación total o parcial de la visión y una situación funcional del ojo y su entorno lo más próxima a la existente antes de la aparición de la enfermedad o el accidente.

En caso de lesiones graves, intentar que las secuelas sean lo más leves posible, y en último caso proteger la vida del paciente. Si no se realiza la intervención, en caso de malignidad se pone en peligro la vida del paciente.

Toda intervención quirúrgica comporta algún tipo de riesgo. En este caso concreto hay que tener presente:

a) Durante la intervención, no siempre se logra realizar la intervención de la forma que se ha planificado, el cirujano tiene en ocasiones que adaptarse a las circunstancias.

b) Después de la operación, en el postoperatorio, las principales complicaciones que pueden aparecer son:

Infecciones.

Opacidades del cristalino, cuando se intenta tratamiento conservador.

Reaparición del tumor que puede resolverse, en ocasiones, con el tratamiento adecuado o requerir un nueva intervención.

Con menor frecuencia pueden producirse otros efectos menos frecuentes:

- . Cicatrices anormales y a veces antiestéticas.
- . Sangrados abundantes durante o después de la cirugía.
- . Problemas de sequedad ocular y/o desprotección del ojo cuando se trata de tumores en los tejidos perioculares.
- . Lesiones en los tejidos oculares por la radioterapia y/o braquiterapia y/o láser o por el bisturí eléctrico durante la intervención quirúrgica.

Otros riesgos relativamente poco frecuentes son los inherentes a la técnica anestésica empleada:

Con la anestesia local pueden producirse reacciones a la medicación, alteraciones generales (crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia), así como alteraciones locales (hemorragias intraorbitarias, o excepcionalmente perforaciones del ojo que va a ser intervenido). En ambos casos la intervención debe suspenderse, para reintentarse semanas después con el mismo método o bien realizarse posteriormente bajo anestesia general o anestesia local con mayor profundización.

Derivadas de la anestesia general: shock anafiláctico, hipotensión, parada cardiorrespiratoria.

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: _____

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, y después de haber informado al médico de mis enfermedades generales y oculares que pudieran contraindicar la cirugía, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES MALIGNAS O SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD EN GLOBO OCULAR Y ANEXOS**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado