

## CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE TUMOR ORBITARIO.

Ninguna cirugía es milagrosa, todas ellas tienen limitaciones y posibles complicaciones. Cuando el médico le indica una cirugía es porque considera que la expectativa de recuperación supera con mucho las complicaciones que pudieran presentarse y en términos generales su resultado será mucho mejor que si usted no se opera. Usted tiene el derecho y la obligación de estar enterado en qué consiste la cirugía, lo que se espera como resultado de ella y de sus posibles complicaciones. Si después de la lectura cuidadosa de este documento persiste usted con alguna inquietud, no dude en consultarla con su médico. Este documento de autorización de cirugía es para la Clínica de Ojos S.M.B., un documento oficial y al firmarlo la Clínica de Ojos S.M.B., asume que está usted enterado de los posibles riesgos y resultados esperados de su cirugía.

## INFORMACIÓN SOBRE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE TUMOR ORBITARIO.

La órbita es la cavidad formada por hueso en la que se aloja el globo ocular, sus músculos extraoculares, la glándula lagrimal, grasa orbitaria, vasos sanguíneos y nervios. En caso de existir una masa ocupante de espacio en la órbita, se le denomina tumor orbitario. Este tumor o masa puede ser de origen benigno (no se considera cáncer) o de origen maligno (es considerado cáncer), algunas características clínicas y de imagen pueden orientar para diferenciarlas, sin embargo, el diagnóstico definitivo es mediante un estudio anatómico-patológico del tumor. El tumor puede provenir de varias estructuras dentro de la órbita, como la grasa, músculos, nervios, vasos sanguíneos, glándula lagrimal o hueso; o puede provenir de células que en condiciones normales no deberían estar dentro de la órbita, coristomas (quiste dermoide), metástasis. Uno de los síntomas y signos de tumor orbitario es la proptosis ocular o desplazamiento hacia fuera del globo ocular. Esto ocurre porque la masa o tumor empuja el ojo hacia fuera al no poder expandirse más allá de las paredes rígidas de hueso de la órbita. En la cirugía de resección de tumor orbitario se hace una incisión en la piel del párpado o en la conjuntiva para acceder al espacio orbitario, localizar el tumor y tratar de extraerlo en su totalidad (biopsia escisional) o una porción del tumor (biopsia incisional) según sea el caso, dependiendo de la sospecha diagnóstica, las características, el tamaño, localización del tumor y su relación con otras estructuras vecinas. Posteriormente se realiza el cierre de la incisión con suturas y en algunos casos se dejan drenajes.

TIPO DE CIRUGÍA:  
Programada ( ) Urgencia ( )

Resección de tumor orbitario ( )  
Biopsia escisional ( )  
Biopsia incisional ( )

Ojo Derecho ( ) Ojo Izquierdo ( ) Ambos ojos ( )

Anestesia: Local ( ) Sedación ( ) General ( )

El objetivo que se espera conseguir con la cirugía de resección de tumor orbitario es extraer el tumor o parte del tumor de la órbita.

## POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE TUMOR ORBITARIO:

No existe ninguna 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 garantizar una cirugía exitosa. Para informar 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:

- Hinchazón de párpados y conjuntiva.
- Hematoma en párpados y cara.
- Hemorragia orbitaria.
- Dolor.
- Aumento de la presión intraocular.
- Disminución y pérdida de la visión o campo visual, transitorio o permanente.
- Infección.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Disminución de la sensibilidad de parte de la cara.
- Desplazamiento del globo ocular.
- Visión doble y estrabismo.
- Ojo seco crónico.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- Complicaciones y riesgos propios de la anestesia empleada.
- Muerte.

Puede haber recurrencia o recidiva del tumor a corto, mediano o largo plazo en algunos casos y el riesgo depende del diagnóstico.

Al firmar este documento acepta haber leído o que le hayan leído el contenido de este, haber aclarado sus dudas sobre el procedimiento quirúrgico con su médico tratante y liberado a la Clínica de Ojos S.M.B. y al cirujano de responsabilidad civil o penal sobre los efectos adversos de medicamentos y/o resultados inesperados o complicaciones propias de la cirugía.

El suscrito \_\_\_\_\_  
con identificación cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, en mi calidad de persona natural, por medio del presente documento, libremente y sin presión alguna he sido informado, entiendo y acepto ser sometido al procedimiento denominado:

\_\_\_\_\_,  
el cual será efectuado por los médicos de la Clínica de Ojos S.M.B. bajo anestesia:

\_\_\_\_\_.

He sido debidamente informado de que el procedimiento de mérito tiene por objeto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

En igual sentido, he sido informado y/o leído los riesgos que entraña el procedimiento y acepto afrontarlos en razón de ser mayor el beneficio esperado. Asimismo, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para la protección de mi salud.

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Valledupar, el presente instrumento hoy:

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del paciente\*

Cédula de ciudadanía Número: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del Tutor Legal\*\*

Cédula de ciudadanía Número: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_.

## Testigos

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, C.C. y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, C.C. y Firma

\_\_\_\_\_  
Sello del Médico y Firma

\* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico, conforme a lo establecido en la Ley.

\*\* Sólo en caso de menores de edad o incapaces.