

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ECTROPIÓN/ENTROPIÓN<sup>1</sup>

D./Dña.: ..... de ..... años de edad  
(Nombre y dos apellidos)  
con domicilio en ..... y D.N.I.nº .....  
en calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

### DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña.: ..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico DE ENTROPIÓN / ECTROPIÓN PALPEBRAL

1.- Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de malposición palpebral.

2.- Generalmente esta cirugía se realiza con **ANESTESIA** local y sedación.

3.- **CONSIDERACIONES GENERALES** Se llama **ECTROPIÓN** al desplazamiento hacia fuera del borde libre palpebral, perdiendo éste el contacto con el globo ocular y dejando expuesta una parte de la mucosa conjuntival. Ello produce irritación constante y lagrimeo, pudiendo llegar a producirse una queratinización de la conjuntiva y úlceras corneales.

El **ENTROPIÓN** es el desplazamiento hacia dentro del borde libre palpebral, produciendo un roce de las pestañas y la piel sobre el globo ocular. Ello origina erosiones corneales mas o menos graves y una sensación de cuerpo extraño e irritación constantes.

Las causas de ambas patologías son fundamentalmente una laxitud palpebral con destensamiento de los tendones cantales y una desinserción parcial o total del músculo retractor del párpado inferior. En algunos casos pueden influir otros factores como la presencia de bolsas grasas prominentes, o lesiones o cicatrices que modifiquen la posición normal del párpado.

El tratamiento habitual consiste en tensar el párpado anclando los extremos del tarso palpebral en el periostio del reborde orbitario, y en reinsertar nuevamente el músculo retractor del párpado al extremo inferior del tarso palpebral. Algunos casos especiales, pueden requerir otros tratamientos, como por ejemplo, la colocación de injertos para aumentar la lámina posterior del párpado ( obtenidos generalmente de la mucosa bucal o de paladar duro ), la extirpación de bolsas grasas o la eliminación de cicatrices y colocación de injertos de piel en los casos de ectropion cicatricial.

4.- **RIESGOS/ COMPLICACIONES** Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida que suele requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas, hipercorrección o hipocorrección, anomalías del borde palpebral, en el que pueden aparecer irregularidades o escotaduras, quistes o granulomas, producidos como reacción a la sutura de anclaje del tarso al periostio, problemas de cicatriz o hemorragia en el lugar de la obtención del injerto, en caso de que sea necesario. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.

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

Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones)

<sup>1</sup> Ley General de Sanidad Art. 10

5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como .....  
También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como .....

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

**6- ALTERNATIVAS** El médico me ha explicado que no existe alternativa que no sea la quirúrgica en el ectropion. En el entropion puede hacerse una infiltración con Toxina botulínica, pero el efecto es transitorio, desapareciendo en unos 3 meses. En caso de no operarse pueden producirse las molestias descritas en las consideraciones generales, pudiendo llegar a aparecer úlceras corneales graves con pérdida de visión.

**7- DECLARO** Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

Que la cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización., siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso de la cirugía.

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

**8- AUTORIZO** : a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares.

A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado.

A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Y en tales condiciones

#### CONSIENTO

**QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ECTROPIÓN / ENTROPIÓN así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica**

En .....a.....de.....2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

#### REVOCACIÓN

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

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

En calidad de paciente / representante legal, familiar o allegado

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

En .....a.....de.....2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado