

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE TRIQUIASIS/DISTIQUIASIS¹

D./Dña.:de.....años de edad
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio eny 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 para corrección de TRIQUIASIS/DISTIQUIASIS.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de pestañas que crecen en dirección o en posición anómala y rozan la superficie ocular.

2.-El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES. La triquiasis / distiquiasis puede tener varias causas, siendo las más frecuentes las inflamaciones crónicas del borde palpebral, como la blefaritis. Otras causas, menos frecuentes en nuestro país son el tracoma, las enfermedades mucosinequiantes, como el penfigoide, y las alteraciones que pueden producirse después de algunas cirugías. Existen varias posibilidades de tratamiento: depilación periódica de las pestañas, cauterización de las mismas con láser de Argón, criocoagulación /diatermia, o tratamiento quirúrgico.

El tratamiento mediante láser solo es eficaz cuando las pestañas en mala dirección no son muy numerosas.

Para el tratamiento quirúrgico existen varias técnicas, dependiendo de la causa, extensión de la triquiasis y estado de los párpados. En algunos casos, una vez rotado el borde palpebral, hay que colocar un injerto para que las pestañas se mantengan en la dirección adecuada, que, generalmente es un injerto de mucosa bucal o paladar duro. En ocasiones y dependiendo de la gravedad del cuadro se optara por la eliminación total y definitiva de la hilera de pestañas de uno o ambos párpados que puede originar pequeños defectos estéticos por su ausencia.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

La triquiasis siempre debe ser tratada, porque en caso contrario el roce de las pestañas sobre el globo ocular, produce molestias constantes, y úlceras corneales, que en algunos casos puede producir complicaciones que pueden llegar a producir cicatrices que alteren permanentemente la visión o, incluso, la perforación del globo ocular.

4.-RIESGOS/COMPLICACIONES En el caso de tratamiento con láser, prácticamente no existen complicaciones, salvo que no se llegue a destruir el folículo piloso y vuelva a salir la pestaña.

En el caso de tratamiento con crioterapia puede ocurrir que se destruyan las pestañas que están alrededor de las anómalas y se produzca una pérdida permanente de las mismas. El frío puede destruir igualmente células cutáneas y producir una atrofia de la piel de los párpados y una disminución de la pigmentación de los mismos. También puede ocurrir que a pesar del tratamiento, vuelvan a salir pestañas triquiásicas.

Respecto al tratamiento quirúrgico, 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, recidiva de la triquiasis con aparición nuevamente de pestañas que rozan superficie ocular, anomalías del borde palpebral, en el que pueden aparecer irregularidades o escotaduras, lagofthalmos (imposibilidad de cierre del párpado), que produce una sequedad ocular que requiere el uso de lágrimas artificiales, pero que en la mayoría de los casos es transitorio. Pérdida completa de todas las pestañas. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.

En caso de usar injertos, existe el riesgo de complicaciones propias en el lecho donante: cicatrices inestéticas, hematoma, infecciones.

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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)

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 las alternativas de tratamiento que existen y, en mi caso la más adecuada es:

- depilación periódica, láser,crioocoagulación o diatermia, tratamiento quirúrgico

La triquiasis / distiquiasis siempre debe ser tratada, porque en caso contrario el roce de las pestañas sobre el globo ocular, produce molestias constantes, y úlceras corneales, que en algunos casos puede producir complicaciones que pueden llegar a producir cicatrices que alteren permanentemente la visión o, incluso, la perforación del globo ocular.

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

CONSENTIMIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRIQUIASIS/DISTIQUIASIS así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

Ena.....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.

Ena.....de.....2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado

