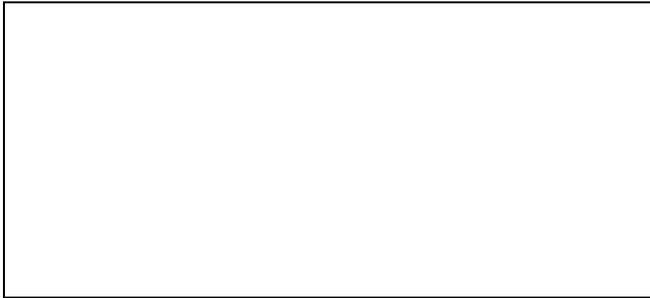


DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL PTERIGIUM / PINGUÉCULA¹



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 DEL PTERIGIUM / PINGUÉCULA.

- 1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de crecimiento conjuntival sobre la córnea (pterigium) o de degeneración local de la conjuntiva sin crecimiento sobre la córnea (pinguécula).
- 2.-El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación, o excepcionalmente general.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES

Cirugía del pterigium. Para resolver esta situación se realiza la extirpación mediante corte de la lesión y raspado del lecho corneal y se cierra el defecto con sutura. La extirpación del pterigium deja una cicatriz corneal permanente en la zona afectada. En ocasiones se acompaña de algunos de los siguientes tratamientos con la finalidad de reducir la incidencia de reaparición de la lesión:

- Mitomicina C: se aplica de forma tópica sobre la esclera tras haber extirpado la lesión
- Autoinjerto conjuntival: se realiza oclusión del defecto creado tras la excisión, con conjuntiva tomada del mismo ojo.
- Injerto de Membrana amniótica: se realiza oclusión del defecto con un tejido ajeno al paciente
- Betaterapia: se realiza radioterapia en los días siguientes a la intervención.

Cirugía de la pinguécula: se procede a la extirpación simple de la lesión y cierre del defecto con sutura.

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: Infección de la herida conjuntival, adelgazamiento escleral (muy raramente perforación), dehiscencia de la sutura y pérdida del injerto, muy raramente alteraciones de la motilidad ocular y visión doble. En el caso de pterigium dependiendo de características raciales o personales el riesgo de reaparición de la lesión tras su correcta extirpación puede ser elevado (hasta en un 80%).Algunas de estas complicaciones pueden requerir una nueva cirugía correctora. Excepcionalmente independientemente del tipo de cirugía realizada se pueden observar cambios en la refracción del paciente que pueden ser permanentes debido a la tracción cicatricial. En caso de precisar membrana amniótica pueden existir otros riesgos propios del uso de tejidos no propios del paciente como: transmisión de enfermedades infecciosas (virus, bacterias, priones). En el caso de usar fármacos antimetabólicos (Mitomicina , 5FU y otros) existen riesgos añadidos de: toxicidad de superficie ocular (queratitis, úlceras, necrosis e incluso perforación ocular),estos riesgos pueden aparecer de forma tardía.

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

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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 RAZONABLE. El médico me ha explicado que para el tratamiento del pterigium / pinguécula no existe tratamiento alternativo a la cirugía. En caso de no realizar la cirugía el pterigium puede crecer hasta ocupar el eje visual dejando una cicatriz permanente y pérdida de visión aún en el caso de operarse en ese momento.

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 .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 DEL PTERIGIUM / PINGUÉCULA 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

