

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La membrana amniótica es una de las capas de la placenta que tiene gran utilidad en algunos problemas de la superficie ocular y que se puede usar como parche o injerto, aportando un tejido que recubre y ayuda a la cicatrización.

La membrana se obtiene de la placenta de los partos realizados por cesárea. Antes de su uso se realizan una serie de estudios para comprobar que está en buen estado para utilizarla. No existe posibilidad de rechazo, como en otros trasplantes.

El procedimiento consiste en la aplicación de un fragmento de membrana amniótica sobre la superficie ocular. Este fragmento suele fijarse a los tejidos mediante finas suturas, y existen dos formas distintas de aplicación según el tipo de lesión, como recubrimiento o como injerto. Para facilitar que la membrana prenda bien en el ojo debe administrarse un tratamiento con colirios.

El injerto implica un proceso de curación más lento porque en él la membrana tarda algunos meses en reabsorberse. Durante este tiempo la membrana amniótica induce una opacidad de la superficie del ojo que puede limitar la visión de manera transitoria.

Esta intervención está indicada en quemaduras producidas por cáusticos como la lejía o la cal, tras reconstrucciones de la conjuntiva amplias por tumores o cicatrices, así como, en úlceras y defectos epiteliales de la córnea y de la conjuntiva.

Normalmente se realiza con anestesia local pero en algunos casos, según la patología previa, es necesaria anestesia general.

La finalidad de esta intervención es favorecer la reparación de los tejidos, mejorar el estado de la superficie ocular y protegerla, así como eliminar o minimizar los síntomas de las patologías oculares, mejorando la visión y la calidad de vida.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Escozor, picor, sensación de arenilla.
- Sensibilidad a la luz (fotofobia).
- Lagrimeo.
- Enrojecimiento ocular.
- Hematoma.
- Fracaso del implante (por falta de adherencia).
- Transmisión de infecciones por uso de membrana amniótica.
- Infección.
- Depósitos corneales (asociados a patología de base o tratamientos tópicos).

- Granulomas (asociados a suturas).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Infección corneal activa.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamientos tópicos.
- Recubrimiento conjuntival con mucosa bucal.
- Otras cirugías reconstructivas.

AUTORIZACIÓN PARA "TRASPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: