

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA CONJUNTIVAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

En ocasiones la conjuntiva presenta lesiones que hay que extirpar o corregir y para ello se recomiendan en cada patología diferentes técnicas quirúrgicas:

☐ **Pterigion y pinguécula.** Son crecimientos no tumorales de la conjuntiva. Se realiza su extirpación y en el caso del pterigion, de forma general se realiza además, un autotrasplante de conjuntiva o de membrana amniótica para cubrir la zona de extirpación.

☐ **Tumores benignos o malignos.** Se realiza la extirpación de una parte o la totalidad de éstos para determinar su naturaleza mediante análisis anatomopatológico o para evitar las molestias que producen o su crecimiento y diseminación. Puede requerir autotrasplante de conjuntiva o de membrana amniótica para cubrir la zona de extirpación.

☐ **Conjuntivocalasia.** La conjuntiva que recubre el ojo es redundante, pudiendo ocasionar molestias, por lo que se debe extirpar y/o fijar. En ocasiones también se puede requerir autotrasplante de conjuntiva (del mismo ojo o del otro) o de membrana amniótica para reconstruir la zona extirpada.

La elección de una u otra técnica será hecha mediante el criterio del médico que informará y consensuará con el paciente. La técnica que se va a realizar en este caso es la señalada.

La finalidad es regularizar la superficie ocular, y de este modo intentar que desaparezcan los síntomas, así como evitar que la enfermedad progrese.

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:

- Inflamación y dolor del párpado y/o del ojo intervenido, lagrimeo y fotofobia.
- Sequedad y/o irritación del ojo.
- Sensación de roce o cuerpo extraño ocular.
- Hemorragia en la conjuntiva o el párpado y la cara.
- Infecciones de las heridas, defectos del tejido.
- Cicatrices antiestéticas y que la lesión no pueda ser extirpada en su totalidad.
- Recidiva de la patología.
- Pérdida del trasplante y/o de las 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Uso de lubricantes y antiinflamatorios tópicos.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Otros fármacos y/o la colaboración con otra especialidad (cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, oncología médica, oncología radioterápica) en cuyo caso se arbitrarán las medidas adecuadas de coordinación.

AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA CONJUNTIVAL”

Yo, D./Dª., como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: