

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTIRPACIÓN DE LESIONES PALPEBRALES MAYORES.¹

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 LESIONES PALPEBRALES MAYORES.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de lesiones grandes o tumores en el párpado.

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

3.- CONSIDERACIONES GENERALES Los TUMORES PALPEBRALES pueden ser benignos o malignos.

En su caso, existe la sospecha de que el tumor que usted tiene pueda ser maligno. Los más frecuentes son los EPITELIOMAS BASOCELULARES, que deben ser extirpados quirúrgicamente ya que otros métodos de tratamiento no han demostrado tanta eficacia como la cirugía. Hay otros tumores palpebrales menos frecuentes como los EPITELIOMAS ESPINOCELULARES, ADENOCARCINOMAS, MELANOMAS, etc. que también requieren extirpación quirúrgica.

Como todos los tumores malignos, cuando se extirpan debe eliminarse tanto el tumor como un margen de tejido aparentemente sano alrededor del mismo para estar relativamente seguros de que su eliminación. Después de ser extraídos, los márgenes de resección son analizados para comprobar si están afectados o no. En caso de que los márgenes estén afectados, puede ser necesario volver a intervenir para eliminar la lesión.

Una vez extirpada la lesión, el párpado debe reconstruirse lo más anatómicamente posible para conseguir un buen resultado funcional y estético. Para ello, generalmente es necesario la utilización de colgajos o de injertos obtenidos de los tejidos de alrededor, siendo los sitios donantes mas frecuentes, el tarso y la piel del párpado contralateral, el tabique nasal, la mucosa bucal o la piel y el cartílago de la oreja.

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.

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, anormalidades del borde palpebral , en el que pueden aparecer irregularidades, escotaduras o deformidades del margen que puede desplazarse hacia dentro o hacia fuera, 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. Puede aparecer una recidiva del tumor, porque a pesar de que el estudio anatomopatológico haya informado de que los márgenes de la pieza extirpada, están libre de tumor, este estudio no tiene un 100% de seguridad. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.

En caso de usar tejidos propios del paciente existe el riesgo de complicaciones propias en el lecho donante: cicatrices inestéticas, hematoma, infecciones.

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

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

(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** En el caso de TUMOR BASOCELULAR, éste puede seguir creciendo indefinidamente, llegando a invadir los tejidos adyacentes, pudiendo incluso ocasionar la muerte. Hay ocasiones en que el tumor detiene su crecimiento, sin otras consecuencias.

En el caso de OTROS TUMORES PALPEBRALES MALIGNOS, se pueden además producir metástasis a distancia, diseminándose la enfermedad por todo el organismo y pudiendo asimismo causar la muerte.

Puede hacerse tratamiento con radioterapia, pero los resultados son peores, y la aplicación de radioterapia en los párpados tiene efectos secundarios peores que la cirugía: produce cicatrices mas incontrolables, pérdida a veces definitiva de pestañas, disminución de la cantidad de secreción lacrimal y aparición de una obstrucción en la Vía Lacrimal.

Además, la radioterapia puede inducir lesiones sobre el ojo como cataratas o alteraciones retinianas que no se producen con la cirugía.

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- **Destinatarios y finalidades que requieren consentimiento expreso. Le rogamos marcar una de las siguientes opciones: SI () NO () 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 DE LESIONES PALPEBRALES MAYORES 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..... deaños 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