

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES CONJUNTIVALES<sup>1</sup>**



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 TUMOR CONJUNTIVAL.

**1.-**Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro crecimiento tumoral conjuntival (superficie ocular).

**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** .Para la extirpación de un tumor conjuntival existen varias alternativas dependiendo de localización, extensión y características clínicas del paciente y de la lesión:

-Extirpación simple ampliada de bordes y cierre con o sin plastia conjuntival.

-Extirpación y aplicación de crioterapia (congelación) y cierre con o sin plastia conjuntival.

-Extirpación y aplicación de colirios antitumorales ( Mitomicina C y otros) y cierre con o sin plastia conjuntival.

También cabe la posibilidad de 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: persistencia de restos o células tumorales que pueden propiciar nuevos crecimientos, adelgazamientos de tejidos oculares y muy raramente perforación, cicatrizaciones anómalas que pueden afectar a la visión, conjuntivitis química por el uso de colirios, malposiciones palpebrales . El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora

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 RAZONABLES:** En caso de optar por no operarme el médico me ha informado de que dependiendo del tipo, localización y extensión del tumor puede existir riesgo de crecimiento tumoral

<sup>1</sup> Ley General de Sanidad Art. 10

con invasión de tejidos de vecindad, pérdida de visión e incluso la posibilidad de producir metástasis que pueden conllevar un riesgo para la vida. El médico me ha explicado que las alternativas al tratamiento quirúrgico son:

-Aplicación de colirios antitumorales de forma tópica o el tratamiento con radioterapia local.

En el tratamiento con radioterapia, los resultados son peores y su aplicación en los párpados tiene más efectos secundarios que la cirugía: producción de cicatrices, afectación y pérdida definitiva de pestañas, disminución de la cantidad de secreción lacrimal y obstrucción de la Vía Lacrimal.

Además con la radioterapia pueden aparecer lesiones en 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

#### CONSENTIMIENTO

**QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES CONJUNTIVALES 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..... 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.

En .....a.....de ..... 2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte. legal familiar o allegado