

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍAS DE  
PTERIGION Y PATOLOGÍAS DE LA CONJUNTIVA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La conjuntiva** es un tejido parecido a una membrana, que rodea el globo ocular; puede verse afectada por múltiples patologías, enfermedades que van desde las conjuntivitis, pasando por los tumores benignos de conjuntiva, hasta lesiones malignas, es decir, cáncer de conjuntiva.

Es por esto que, ante cualquier lesión de la conjuntiva, el paciente debe acudir de inmediato y ser evaluado por un oftalmólogo, quien decidirá si el paciente requiere tratamiento médico o cirugía.

Dentro de los tumores benignos de la conjuntiva tenemos el **Pterigion**, que es el engrosamiento y proliferación de la conjuntiva hacia la córnea, relacionado con la exposición durante años a la luz ultravioleta.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por su cirujano, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

**¿En qué consiste la cirugía del Pterigion y otras patologías de la conjuntiva?**

Consiste en la extirpación de una formación proliferativa de la conjuntiva que invade la córnea. Para disminuir la reproducción, se puede aplicar la técnica que considera un injerto de conjuntiva, obtenido del mismo ojo.

Este procedimiento permitirá restaurar la apariencia normal del blanco del ojo, disminuir o eliminar aquellas molestias por las cuales consultó y en caso que tenga alterada la visión por esta causa recuperar la visión.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En condiciones normales, se espera que durante el período postoperatorio el paciente presente enrojecimiento del ojo, dolor, intolerancia a la luz (fotofobia) molestias que serán en la gran mayoría de los casos pasajeras.

Siendo poco frecuente, puede ocurrir que se vuelva a presentar el tejido que dio origen al pterigión y requerir de una nueva intervención.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento**:

- Opacificación corneal.
- Ulceras corneales.
- Reproducción del Pterigion que es un hecho bastante frecuente en esta enfermedad.
- Excepcionalmente, pueden presentarse alteraciones de la cicatrización en la zona del ojo, especialmente si usted Tiene alguna enfermedad como colagenopatías.
- Se puede presentar también la infección de la zona operatoria que podría requerir del uso de antibióticos y excepcionalmente una nueva cirugía.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

No existe otra alternativa médica a este procedimiento.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (**marque con una X**):

Ojo derecho

Ojo Izquierdo

#### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO \_\_\_\_\_ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugías de Pterigion y Patologías de la Conjuntiva** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LAS CIRUGÍAS DE PTERIGION Y PATOLOGÍAS DE LA CONJUNTIVA**, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)