

1. ¿Qué es?: Es un procedimiento quirúrgico para intentar resolver el cuadro de crecimiento conjuntival sobre la córnea (pterygium) o de degeneración local de la conjuntiva sin crecimiento sobre la córnea (pingüecula).

2. ¿Cómo se realiza?: por extirpación mediante corte de la lesión y raspado del lecho corneal y se cierra el defecto con sutura. La extirpación del pterigium deja una cicatriz corneal permanente en la zona afectada. En ocasiones se acompaña de algunos de los siguientes tratamientos con la finalidad de reducir la incidencia de reaparición de la lesión:

- **Mitomicina C:** se aplica de forma tópica sobre la esclera tras haber extirpado la lesión.

- **Autoinjerto conjuntival:** se realiza oclusión del defecto creado tras la excisión, con conjuntiva tomada del mismo ojo.

- **Injerto de Membrana amniótica:** se realiza oclusión del defecto con un tejido ajeno al paciente.

- **Betaterapia:** se realiza radioterapia en los días siguientes a la intervención.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes:** en el caso de pterigium, dependiendo de características raciales o personales el riesgo de reaparición de la lesión tras su correcta extirpación puede ser elevado (hasta en un 80%). Infección de la herida conjuntival, adelgazamiento escleral, dehiscencia de la sutura y pérdida del injerto. Algunas de estas complicaciones pueden requerir una nueva cirugía correctora.
- **Infrecuentes:** alteraciones de la motilidad ocular y visión doble. Perforación escleral. Excepcionalmente independientemente del tipo de cirugía realizada se pueden observar cambios en la refracción del paciente que pueden ser permanentes debido a la tracción cicatricial. Derivados de la anestesia (local o general), muy importantes, aunque muy poco frecuentes, reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones). En caso de precisar membrana amniótica pueden existir otros riesgos propios del uso de tejidos no propios del/de la paciente como: transmisión de enfermedades infecciosas (virus, bacterias, priones). En el caso de usar fármacos antimetabólicos existen riesgos añadidos de: toxicidad de superficie ocular (queratitis, úlceras, necrosis e incluso perforación ocular), estos riesgos pueden aparecer de forma tardía

4. Consecuencias previsibles de su realización: pterigion: se pretende mantener una buena agudeza visual. Lesión tumoral: descartar malignidad y evitar extensión.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: la no realización de este tipo de cirugías conlleva en ocasiones la pérdida progresiva de la visión. La proliferación conjuntival hacia la córnea que avanza hacia el área pupilar y tracciona la misma, produciendo un astigmatismo irregular.

6. Alternativas: no existe tratamiento alternativo a la cirugía. En caso de no realizarla, el pterigium puede crecer hasta ocupar el eje visual dejando una cicatriz permanente y pérdida de visión aún en el caso de operarse en ese momento.

7. Riesgos en función de su situación: la diabetes, las cardiopatías, la edad avanzada, la anemia, la obesidad o la inmunodeficiencia pueden favorecer la aparición de complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales