

Documento de consentimiento informado para iridotomía con láser nd-yag

Nº de Historia: _____

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de Don/Doña.: _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

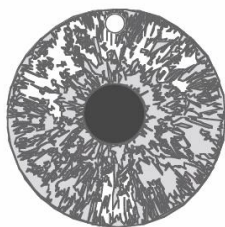
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a tratar con láser el glaucoma que padezco.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste practicar un orificio en el iris que ponga en comunicación las cámaras anterior y posterior, para que el líquido que hay en el interior del ojo (humor acuoso), pueda pasar a su través evitando que el ángulo de la cámara anterior se bloquee, se eleve bruscamente la presión intraocular, produciéndose un ataque agudo de glaucoma.

Ocasionalmente durante la operación pueden surgir situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento que estaba previsto, si no es adecuadamente visible ese tejido por falta de transparencia de la córnea. Esta modificación se realizará únicamente si se espera que pueda ser beneficiosa para mí.

En ocasiones, si el iris es muy grueso, la realización de la iridotomía requiere más de una sesión.



OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

En los ojos que tienen el eje anteroposterior más corto de lo normal, las estructuras oculares están más próximas unas a otras y el ángulo que forma el iris y la córnea está más estrecho de lo normal (por este ángulo es por donde el humor acuoso sale del globo ocular). Cuando este ángulo irido-corneal es muy estrecho, la presión del humor acuoso en la cámara posterior, puede empujar el iris hacia delante produciendo un bloqueo de este ángulo que impide la salida del humor acuoso al exterior, aumenta la presión intraocular de forma brusca y se produce un ataque de glaucoma agudo con grave riesgo de pérdida irreversible de la visión.

La realización de la iridotomía profiláctica con láser, evita en un alto porcentaje que se llegue a esta situación.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, no existe actualmente tratamiento médico alternativo para solucionar este problema, la alternativa al láser es la iridectomía quirúrgica.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

La necesidad de repetir el procedimiento en varias ocasiones hasta lograr la perforación no puede ser considerado un fracaso, pues en casos de iris muy gruesos, la cantidad de energía láser necesaria para lograr la perforación, puede hacer recomendable continuar unos días después para evitar posibles complicaciones.

Después de la cirugía pueden aparecer molestias, fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento ocular, que remiten con el tiempo y tratamiento adecuado.

La evolución postoperatoria habitualmente precisa tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general.

Si no se realiza la iridotomía en ojos predispuestos anatómicamente, la aparición del bloqueo angular con el consiguiente ataque de glaucoma agudo, puede llevar a daño irreversible del nervio óptico, atrofia sectorial del iris y/o transformación en un glaucoma crónico de ángulo estrecho de muy difícil tratamiento.

Toda intervención quirúrgica comporta algún tipo de riesgo. En este caso hay que tener presente que aunque estamos ante una técnica de eficacia suficientemente contrastada en gran número de pacientes, no está exenta de potenciales complicaciones:

- a) Durante la intervención pueden aparecer complicaciones como hemorragia y lesiones de algunas estructuras como córnea, iris y cristalino. Las consecuencias de estas complicaciones son muy variables.
- b) Después de la operación (en el postoperatorio), las principales complicaciones que pueden aparecer son:
 - Hemorragia en la cámara anterior del ojo (hipema).
 - Opacidad del cristalino en el punto del impacto.
 - Inflamación de alguna de las estructuras oculares (córnea, úvea, mácula, etc.).
 - Aumento pasajero de la presión intraocular.
 - Fracaso de la técnica por cicatrización que cierra el orificio, teniendo que recurrir a la repetición o a la cirugía.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: _____

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, y después de haber informado al médico de mis enfermedades generales y oculares que puedan contraindicar la cirugía, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice la **IRIDOTOMÍA PROFILÁCTICA CON LÁSER DE ND-YAG**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

Nº de Colegiado: _____

REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

Nº de Colegiado: _____