

# Documento de consentimiento informado para tratamiento con láser en el glaucoma

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)

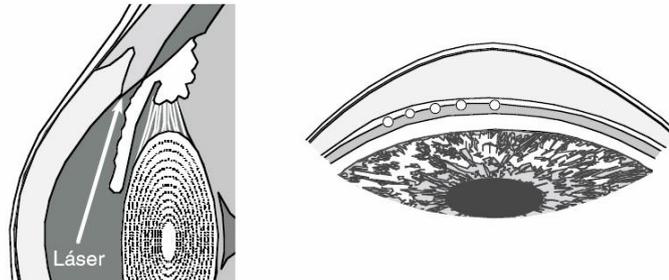
## DECLARO

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 en aplicar una serie de impactos con láser en la zona de la malla trabecular del ángulo de la cámara anterior, para favorecer el drenaje del líquido que rellena el interior del ojo (humor acuoso) hacia el exterior, disminuyendo así la presión intraocular.



### OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

En los ojos glaucomatosos, la malla trabecular sufre una obstrucción que impide la salida del humor acuoso al exterior, aumentando progresivamente la presión intraocular con grave riesgo de daño irreversible del nervio óptico y del campo visual.

La realización de la trabeculoplastia con láser, puede evitar en un alto porcentaje que se llegue a esta situación.

Con referencia a las alternativas razonables a este procedimiento, el tratamiento médico del glaucoma no es adecuado para mi caso o ha fracasado en el intento de controlar la presión intraocular. La única alternativa al láser en mi caso es la cirugía.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

La necesidad de repetir el procedimiento en dos ocasiones realizando en cada sesión 180º, puede ser recomendable en algunos casos 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.

Este tratamiento, en el mejor de los casos es para conservar la visión, nunca para mejorarla, aunque pueda darse el caso de que disminuya o se pierda por efecto de posibles complicaciones.

El tratamiento médico antiglaucomatoso, ha de mantenerse tras la realización de la trabeculoplastia, aunque es posible que, en algunos casos, pueda reducirse o eliminarse.

Si el tratamiento con láser no se realiza el daño en el nervio óptico continuará progresando hasta la pérdida total de la visión en un tiempo más o menos corto en función del daño existente en el momento actual y la cifra de presión intraocular (presión más elevada o mayor daño previo, suponen progresión más rápida).

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:

Inflamación de alguna de las estructuras oculares (córnea, úvea, mácula, etc.).

Aumento pasajero de la presión intraocular.

Fracaso de la técnica por cicatrización de los impactos de láser, teniendo que recurrir 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

### CONSIENTO

Que se me realice el **TRATAMIENTO CON LÁSER DE MI GLAUCOMA**, 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: \_\_\_\_\_