

Documento de consentimiento informado para goniotomía en glaucoma congénito o infantil

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)*

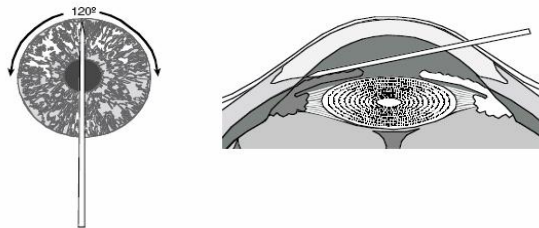
DECLARO

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 quirúrgicamente el glaucoma que padezco.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en eliminar los restos del tejido anómalo que ocupa el ángulo de la cámara anterior e impide la salida normal del líquido que existe en el interior del ojo (humor acuoso) y así disminuir la presión intraocular.



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.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo del procedimiento es disminuir la presión intraocular que va produciendo una atrofia progresiva del nervio óptico y una disminución del campo visual que es irreversible y, en mi caso no hay tratamiento médico.

La intervención puede, en el mejor de los casos, conservar la visión que tengo pero nunca mejorarla.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, el tratamiento médico del glaucoma y el Tratamiento láser (Trabeculoplastia y/o iridotomía), no son adecuadas para mi caso. No existe actualmente tratamiento médico alternativo para solucionar este problema sin necesidad de operar.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Aunque la cirugía puede conseguir que el paciente no necesite depender del tratamiento para el control de la presión intraocular, con frecuencia, se va a necesitar un tratamiento complementario para lograr alcanzar la cifra que se considera adecuada para el caso.

La necesidad de repetir la operación hasta en tres ocasiones no puede ser considerado un fracaso, pues se eliminan 120º del tejido anómalo, es decir 1/3 de la circunferencia del ángulo de la cámara anterior en cada intervención, que en casos suele ser suficiente para solucionar el problema.

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 la cirugía 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 (menos tiempo a presión más elevada y mayor daño).

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.

Toda intervención quirúrgica comporta algún tipo de riesgo, en este caso hay que tener presente:

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).

Pérdida del tono ocular y aplanamiento de la cámara anterior (atalema).
Infección, que en ocasiones, puede llevar incluso a la pérdida del ojo.
Disminución del tono ocular.
Catarata.
Pérdida total o parcial del Campo Visual.
Desprendimiento de Retina o Coroides.
Inflamación de alguna de las estructuras oculares (córnea, úvea, mácula, etc.).
Persistencia del aumento de la presión intraocular.

Para solucionar alguno de estos problemas, puede ser necesaria una nueva intervención quirúrgica.

También han de ser tenidos en cuenta, a pesar de su rareza, los inherentes a la anestesia general: choque anafiláctico o parada cardiorrespiratoria.

Las patologías y/o anomalías congénitas asociadas pueden suponer algún tipo de riesgo añadido que ha de ser adecuadamente valorado por el Pediatra.

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 la **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE GONIOTOMÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA CONGÉNITO O INFANTIL**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

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
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado