

Documento de consentimiento informado para capsulotomía 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

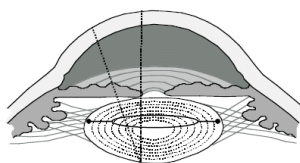
Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir CAPSULOTOMÍA CON LÁSER ND-YAG.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La opacificación de la cápsula posterior sucede de forma muy frecuente transcurrido un tiempo después de la cirugía de la catarata, provocando disminución de la agudeza visual. Se considera una consecuencia de la cirugía intraocular en ningún caso complicación o fallo de la cirugía. La capsulotomía con láser Nd-YAG pretende resolver esa opacificación de la capsula perforando la zona central de la misma.

Durante la cirugía de la catarata se extrae el cristalino opacificado (catarata) siendo sustituido casi siempre por una lente intraocular, que se coloca sobre la cápsula posterior del cristalino.



OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La principal aplicación del láser Nd-Yag es el tratamiento de la opacificación de la cápsula posterior del cristalino en pacientes intervenidos de catarata.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, no existen medicamentos para solucionar la opacificación capsular, siendo el tratamiento de elección el láser Nd-Yag para la recuperación de la visión. Existe también la posibilidad de realizarla mediante intervención quirúrgica, que se reserva para algunos casos seleccionados.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Se realiza en consulta ambulatoria, anestesia local (habitualmente gotas), el tratamiento con láser es indoloro.

El tratamiento con láser Nd-Yag tiene como finalidad recuperar la visión provocada por la opacificación capsular después de cirugía de catarata. La visión después del tratamiento láser Nd-Yag depende de las diferentes estructuras del ojo, pudiendo no recuperar visión si existe lesión en otras partes del globo ocular: alteraciones en la retina, patología del nervio óptico, glaucoma, retinopatía diabética, ojo vago, etc.

Debido a las potenciales complicaciones su oftalmólogo le indicará el momento adecuado para su aplicación.

Si no se realiza el tratamiento en el caso de opacidad capsular, dicha opacidad provoca disminución progresiva de visión, sin otras complicaciones de interés.

Aun en ausencia de complicaciones, después de la intervención la visión suele estar disminuida.

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 puede aparecer malestar por el uso de una lente de contacto utilizada durante el procedimiento y hemorragia conjuntival por el roce de esta.

b) Después de la operación (en el postoperatorio), las principales complicaciones que pueden aparecer son:

Excesiva sensibilidad a la luz.

Visión de puntos negros en el campo visual.

Otros riesgos relativamente poco frecuentes son los inherentes a la técnica anestésica empleada: respecto a la anestesia local pueden producirse reacciones a la medicación, alteraciones generales (crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia), así como alteraciones locales (hemorragias orbitarias, visión doble, reacciones alérgicas), y excepcionalmente perforación del ojo y

afectación del sistema nervioso central por infiltración anestésica.

En determinados casos la intervención debe suspenderse para ser practicada posteriormente con la técnica anestésica más adecuada

Inflamación ocular que puede provocar elevación transitoria de la presión intraocular, siendo excepcional su elevación permanente, precisando en este caso tratamiento médico o quirúrgico, hemorragia intraocular, deterioro de la lente intraocular, desplazamiento de la lente intraocular.

Complicaciones retinianas, poco frecuentes pero susceptibles de provocar una disminución de visión importante: fototoxicidad retiniana, edema macular, desprendimiento de retina.

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias. En mujeres debe informar si está embarazada o en periodo de lactancia.

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 éste 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

CONSENTIMIENTO

Que se me realice la **CAPSULOTOMÍA CON LÁSER ND-YAG**, 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