

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CAPSULOTOMÍA CON LÁSER DE NEODIMIO-YAG (ND-YAG)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento se realiza cuando la cápsula posterior del cristalino pierde transparencia al sufrir un proceso de crecimiento de células y fibrosis (a lo que se denomina opacificación capsular), lo que genera una disminución de la visión. Esta situación se da de forma muy frecuente transcurrido un tiempo después de la cirugía intraocular o de catarata.

El procedimiento se realiza en consulta ambulatoria, con el paciente sentado en un equipo que está conectado con un láser especial (denominado Nd-YAG). Este tipo de láser “corta” los tejidos que enfoca el oftalmólogo con gran precisión.

En ocasiones es necesario realizar más de una sesión para completar el tratamiento.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que hacer modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

En este procedimiento se utiliza anestesia local con gotas, que en ocasiones muy seleccionadas se podría requerir otro tipo de anestesia.

La finalidad de este procedimiento es la recuperación de la agudeza visual, mejorar otros síntomas provocados por la opacidad como visión doble, visión borrosa y también permite valorar y tratar de forma adecuada enfermedades del fondo de ojo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Alteraciones en la superficie del ojo: molestias oculares, hemorragia conjuntival, inflamación, lagrimeo, enrojecimiento ocular, queratitis o erosiones.
- Alteraciones de la visión: visión borrosa, excesiva sensibilidad a la luz, visión de puntos negros móviles en el campo visual.
- Aumento de la presión intraocular: suele ser pasajero y responde bien al tratamiento con colirios, pero en ocasiones puede ser permanente.
- Inflamación intraocular.
- Deterioro, rotura o desplazamiento de la lente.
- Hemorragia intraocular.
- Complicaciones en la retina, son poco frecuentes pero pueden provocar una disminución de visión importante si además, hay lesiones en otras partes del globo ocular como glaucoma, patología del nervio óptico, etc.
- Edema macular (retención de líquido).
- Si usted padece alguna enfermedad ocular, esta puede empeorar.
- Dañar la lente durante el procedimiento.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Limpieza o perforación de la cápsula posterior opacificada mediante intervención quirúrgica.

AUTORIZACIÓN PARA “CAPSULOTOMÍA CON LÁSER DE NEODIMIO-YAG (ND-YAG)”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

| | |
|----------------------|-------------------------|
| Fdo. Paciente: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: Servicio de |



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Oftalmología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: