

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CATARATA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La catarata es la pérdida de transparencia del cristalino, lente natural del ojo que permite enfocar la luz, que provoca la disminución progresiva de la visión con vista borrosa o deslumbramiento.

La intervención de catarata consiste en la extracción del cristalino que está opaco y la sustitución de este por uno artificial o lente intraocular. Se realiza de forma habitual con anestesia tópica o local, por lo que es importante la colaboración del paciente, aunque en ocasiones es necesaria la anestesia general.

Para la extracción del cristalino se realizan unas pequeñas incisiones en la córnea, después se introduce una sonda que lo aspira y para finalizar se inserta una lente dentro de la cápsula que rodeaba al cristalino. Cuando esta técnica no puede ser realizada por tener una catarata madura, o por otras patologías oculares, la extracción del cristalino se realiza con una apertura mayor del ojo mediante una incisión amplia, entre la córnea y la esclerótica (capa blanca del ojo).

Debido al mayor tamaño de la incisión, esta técnica puede requerir el uso de suturas, conllevar una recuperación visual más lenta, tener problemas para enfocar las imágenes y mayor riesgo de sufrir complicaciones.

Cabe la posibilidad que el proceso quirúrgico inicial planteado pueda variar en función de los hallazgos intraoperatorios y la aparición de complicaciones.

La finalidad de esta intervención es la extracción de la catarata para restaurar la visión del paciente, que en su evolución natural sin tratamiento llevaría a la pérdida completa de visión. También va a permitir corregir defectos de graduación que tuviera con anterioridad y valorar y tratar de forma adecuada enfermedades de fondo de ojo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La extracción del cristalino conlleva la pérdida total de la acomodación, por lo que tras la cirugía tendrá que utilizar gafas de forma puntual o permanente.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

Riesgos frecuentes:

- Molestias en la superficie del ojo como: lagrimeo, enrojecimiento ocular, hemorragias subconjuntivales, inflamación, reacciones alérgicas a colirios.
- Sequedad del ojo, queratitis y/o erosiones de la córnea, inflamación de la córnea que desaparecen con el tiempo.
- Aumento de la presión intraocular.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Lesión del iris, uveítis (inflamación de la capa media del ojo).
- Retención de fragmentos del cristalino.
- Problemas con la lente intraocular: inestabilidad o luxación, deterioro y opacificación de la cápsula.
- Problemas del vítreo-retina como: rotura de cápsula posterior, desprendimiento de vítreo posterior, desgarro o desprendimiento de retina, inflamación de la mácula, hemorragia.
- Infección intraocular (endoftalmitis), hemorragia expulsiva: son muy poco frecuentes y de forma muy excepcional pueden conllevar la pérdida del globo ocular.
- Sufrir, de forma excepcional, descompensación o empeoramiento de estrabismo ya existente, así como, ptosis palpebral (caída del párpado) o neuralgia.
- Imposibilidad de implantar la lente y tener que hacerlo en una segunda intervención.
- Sorpresa refractiva: graduación elevada e inesperada tras la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico y/o con láser, 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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE CATARATA"

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: