

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA MEDIANTE TRABECULOPLASTIA CON LÁSER

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El glaucoma es una enfermedad ocular que se caracteriza por el aumento de la presión dentro del ojo, lo que provoca daño progresivo al nervio óptico, reducción del campo visual y, finalmente, ceguera irreversible.

El procedimiento consiste en aplicar una serie de impactos con láser sobre el tejido del ángulo de la cámara anterior del ojo por el que se realiza el drenaje del humor acuoso (líquido del interior del ojo). De esta forma se facilita la salida del líquido hacia el exterior. Esta técnica se realiza en consulta y se aplica anestesia local en forma de gotas.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos imprevistos.

La finalidad de esta técnica es favorecer el drenaje del humor acuoso para reducir la presión intraocular, y evitar el deterioro progresivo de visión debido al glaucoma.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Dolor y molestias locales.
- Lesiones corneales.
- Inflamación intraocular.
- Hemorragias intraoculares.
- Reacciones adversas a los medicamentos utilizados antes o después de la técnica.
- Aumento transitorio o crónico de la tensión ocular.
- Adquirir una infección 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)*

- |                                   |  |                                     |   |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> 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. Otras alternativas a la técnica son:

- Colirios para reducir la tensión ocular.
- Cirugía.

## AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL GLAUCOMA MEDIANTE TRABECULOPLASTIA CON LÁSER"

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: