

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CATARATA INFANTIL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La catarata es la pérdida de transparencia del cristalino, se trata de una opacidad que provoca una dificultad o pérdida de enfoque de las imágenes en la retina, y por lo tanto una dificultad en poder ver correctamente.

Las cataratas en la edad pediátrica se pueden clasificar en congénitas o evolutivas.

Las congénitas aparecen desde el nacimiento. Para conseguir un correcto desarrollo visual es muy importante que en las primeras semanas de vida las condiciones sean óptimas, y la luz penetre correctamente por todas las estructuras del ojo. Cualquier proceso que obstruya el paso de luz de manera correcta, por ejemplo, una catarata, dificultará este proceso, provocando lo que se llama ambliopía (conocida como ojo vago).

Las evolutivas pueden ser cataratas congénitas, inicialmente pequeñas o poco densas, que crecen los primeros meses de vida, o bien no existentes en el momento del nacimiento y en cambio que aparecen más adelante, a cualquier edad pediátrica.

El procedimiento consiste en la extracción del cristalino opacificado y se valora sustituirlo por lente intraocular en función de las características de cada caso. Se practica una pequeña incisión en la cornea y se accede a la cápsula anterior del cristalino haciendo una pequeña abertura a través de la cual se aspirará todo el contenido cristalino. En los niños menores de 6-7 años además se deberá realizar una apertura también a la cápsula posterior del cristalino.

Para la realización de esta cirugía se pueden emplear suturas que son reabsorbibles o no. En tal caso, pasado un tiempo habrá que retirarlas y será necesaria la sedación del paciente.

La finalidad de esta intervención es mejorar la visión del niño lo antes posible.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica requiere una corrección óptica posterior, que puede ser con gafas si se ha implantado la lente intraocular o con una lente de contacto si no se ha implantado.

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:

- Inflamación intensa tras la intervención.
- Deformidad de la pupila.
- Desplazamiento de la lente intraocular.
- Opacidad de la cápsula posterior del cristalino (nueva opacidad del cristalino).
- Aumento de la tensión ocular (glaucoma).
- Si es necesario la retirada de puntos, tras la cirugía se puede producir hemorragia leve durante o después de realizar el procedimiento, enrojecimiento, inflamación y/o infección de la zona de retirada de puntos.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Inflamación de la córnea y/o intraocular.
- Endoftalmitis (Infección grave dentro del ojo).
- Hemorragia dentro del ojo.
- Desprendimiento de retina.
- 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 ☐ Anemia

☐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 LA CATARATA INFANTIL"

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: