

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GONIOTOMÍA EN GLAUCOMA CONGÉNITO O INFANTIL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El glaucoma congénito primario o glaucoma infantil que aparece en los primeros años de la vida es el resultado de la formación anormal del ángulo de la cámara anterior (el lugar por donde drena el fluido del ojo) causando la obstrucción del drenaje de dicho fluido. Esta obstrucción aumenta la presión intraocular que, si no se trata, puede provocar una lesión definitiva del nervio óptico. Esto puede dar lugar a una disminución de la visión y en último extremo causar ceguera total.

La goniotomía es una técnica quirúrgica que consiste en realizar una pequeña incisión en el margen de la córnea, introducir un instrumento cortante muy fino (goniotomo) y seccionar una porción de la malla trabecular obstruida para permitir la salida del humor acuoso. En la mayoría de los casos es necesario repetir la intervención después de un tiempo en otra porción de la malla, hasta que sea suficiente para permitir la normal salida del líquido.

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 necesario la sedación del paciente.

Esta intervención se realiza con anestesia general.

La finalidad de esta intervención es incrementar la salida del fluido del ojo y disminuir la presión en el interior del mismo.

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:

Riesgos frecuentes, que suelen ser leves:

- Picor, escozor, lagrimeo, fotofobia, enrojecimiento ocular.
- Ambliopía ("ojo vago"), miopía, astigmatismo (córnea irregular).
- Hipema (sangrado en la cámara anterior del ojo).
- Catarata traumática.
- Leucoma corneal.
- Vitreorragia.
- Hemovítreo.
- Sinequias anteriores periféricas.
- Ampolla de filtración no deseada.
- Hipo/atalamia.
- Desprendimientos coroideos.
- Si es necesaria 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 menos frecuentes y más graves:

- Desprendimiento de retina y ptisis bulbi.
- Hemorragia expulsiva: complicación muy infrecuente que puede originar la pérdida de la visión y a veces del globo ocular.
- Endoftalmitis (infección intraocular).
- 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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico con colirios.
- Tratamiento con láser (suele tener un efecto transitorio).
- En función del caso podría valorarse la realización de otras técnicas quirúrgicas como cirugía no penetrante del glaucoma, implantes de dispositivos de drenaje-válvulas o destrucción del cuerpo ciliar.

AUTORIZACIÓN PARA “GONIOTOMÍA EN GLAUCOMA CONGÉNITO O INFANTIL”

Yo, D./D^a. _____, 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./D^a. _____, 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: