

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOTERAPIA TRANSESCLERAL**

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

La crioterapia ocular es un tratamiento que usa frío intenso para tratar problemas en los ojos. Se utiliza cuando no se puede usar láser directamente en la parte del ojo llamada retina, por ejemplo, si hay cicatrices en la córnea, cataratas, sangrado dentro del ojo o si la pupila no se dilata lo suficiente.

También se usa en pacientes con un tipo de glaucoma difícil de tratar, que no mejora con tratamiento médico ni con cirugía convencional.

La técnica consiste en la destrucción parcial de la retina mediante la aplicación, sobre la esclera (la capa externa blanca del ojo), de una sonda que utiliza frío para congelar los tejidos internos del ojo.

Generalmente, este procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local, administrada mediante una inyección alrededor o detrás del ojo. Sin embargo, en algunos casos puede ser necesario anestesia general.

La finalidad de esta técnica es bajar la presión intraocular, evitar el deterioro de la visión, prevenir complicaciones graves en el futuro, aliviar el dolor asociado al glaucoma agudo neovascular y tratar roturas en la retina que no pueden repararse con láser.

### **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:

- Inflamación intraocular.
- Hipertensión o hipotensión ocular transitoria.
- Visión borrosa.
- Enrojecimiento, lagrimeo o molestias al mover los ojos que desaparecen en unos días.
- Dolor que puede llegar a ser intenso y precisar analgesia.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Hemorragia intraocular.
- Desprendimiento de retina.
- Edema corneal grave.
- Crecimiento celular de membranas prerretinales.
- Vitreo-retinopatía proliferativa.
- Edema macular (acumulación anormal de líquido en la mácula, en la zona central de la retina) que puede alterar de forma grave y permanente la visión.
- Ptisis bulbi (atrofia del globo ocular con pérdida completa de la visión).

- Pérdida de la visión debida a varias causas como la hipertensión ocular.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

### 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:

- Ciclofotocoagulación con láser diodo.

### AUTORIZACIÓN PARA “CRIOTERAPIA TRANSESCLERAL”

Yo, D./D<sup>a</sup>. , 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<sup>a</sup>. , 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:<br>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: