

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CATARATAS

Equipo médico Dr./Dra.

Ha sido usted remitido a nuestra consulta por el SACYL con el diagnóstico de para someterse a tratamiento de

¿QUE LE VAMOS A HACER?

1-Descripción del procedimiento:

En qué consiste: La catarata es la pérdida de la transparencia del cristalino que produce pérdida progresiva de visión, que puede ser total en algunos casos. El tratamiento quirúrgico consiste en extraer el cristalino opaco.

Cómo se realiza: El cristalino puede extraerse en su totalidad o dejando la cápsula posterior. Actualmente se utilizan diversas técnicas que dejan la cápsula posterior del cristalino, para colocar sobre ella una lente intraocular (LIO).

Necesitamos su colaboración si la anestesia es local, manteniendo reposo total durante la intervención y reposo relativo después de la cirugía.

Tendrá que realizar tratamiento médico postoperatorio y realizar varias visitas a la consulta para realizar las revisiones necesarias, lo que supondrá un seguimiento de su evolución hasta un mes con posterioridad a la intervención, momento en el que será dado de ALTA. A partir de ahí, la asistencia de seguimiento periódico normal deberá solicitarla en su Centro Médico.

2-Objetivos que persigue:

La finalidad de la cirugía de la catarata es la recuperación de una función visual útil y conveniente a su normal desenvolvimiento personal y social. Sólo será recuperable la visión cuya pérdida sea originada por la catarata.

Así, si usted ha perdido visión de forma parcial por otras anomalías (mala transparencia corneal, opacidad vítrea, lesiones retinianas, lesiones de nervio óptico u otras) la recuperación funcional no podrá ser al 100% de la normalidad.

Los estudios preoperatorios permitirán establecer un pronóstico previo pero incluso con un pronóstico favorable (inexistencia de otra patología distinta a la catarata) el éxito funcional puede no ser conseguido.

En nuestra unidad realizamos la cirugía con la presencia en el quirófano de un especialista en Anestesia y Reanimación, que vigilará un buen estado cardio-respiratorio y controlará la ansiedad en caso necesario. En el caso específico de cada enfermo, y con las circunstancias particulares con que transcurra la intervención, utilizará los medicamentos adecuados para normalizar las constantes del paciente (frecuencia cardiaca, tensión arterial, saturación de oxígeno). Debe informar verazmente y con detalle de toda su historia médica, enfermedades propias y familiares, medicaciones que toma,...

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1- RIESGOS GENERALES:

Se trata de un procedimiento bastante seguro tanto para el ojo como para el organismo en general. A pesar de ello, existen unos riesgos:

- 1- Derivados de la anestesia local: poco frecuentes. Hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina, lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardiovascular y respiratoria y reacción toxicoalérgica.
- 2- Derivados de la anestesia general: Los más importantes son el coma irreversible y paro cardiorrespiratorio, con resultado de muerte en un caso de cada 25000.
- 3- Derivados de la cirugía: las más graves son las hemorragias e infecciones intraoculares, que suceden en menos del 0,4% de los casos, y que pueden conducir a la pérdida de visión o incluso del ojo de forma inmediata en días, semanas o meses.
- 4- Otras complicaciones: Destacan: desprendimiento de retina, aumento de la tensión ocular, rotura capsular, alteración de la transparencia de la cornea, separación de los bordes saturados, edema macular (acumulación de líquido en la macula, que es la parte central de la retina que se encarga de la agudeza visual), opacidad de la capsula posterior, deformidad de la pupila y dislocación de la lente (que se salga de su sitio) o del cristalino. Suceden en menos del 2% de los casos y llevaría a una nueva intervención.

2- RIESGOS PERSONALIZADOS:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones

.....
.....

3- BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO A CORTO Y MEDIO PLAZO:

- Mejora de la visión, aunque en muchos casos sea necesario utilizar gafas de lejos y/o de cerca tras la cirugía
- Si la catarata es total, la falta de transparencia impide ver el estado de la retina y el nervio óptico antes de la cirugía, por lo que el resultado no puede garantizarse.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

No existen alternativas.

¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos su autorización para realizarle la intervención.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley de Protección de datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamientos e incorporados a ficheros de la propia Clínica y con los exclusivos fines de la realización de la atención médica solicitada

Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición solicitándolo directamente ante la Dirección de la Clínica, en la C/ Jamaica, 16-24 Bajo, 37004 Salamanca.

1-RELATIVO AL PACIENTE:

D/....., con DNI

He sido **informado/a** suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy **satisfecho/a** con la información recibida. **Autorizo** al equipo quirúrgico antes citado, a que me

practique la intervención de cataratas en un proceso concertado con SACyL, aceptando los posibles riesgos inherentes a ella, así como los que puedan presentarse en la evolución del postoperatorio.

Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores. Al firmar el consentimiento informado, certifico que he leído la información precedente y he entendido su contenido. Cualquier duda ha sido contestada satisfactoriamente por el cirujano o por su equipo.

Firma D./D^a a Fecha:

2-RELATIVO AL MÉDICO (CIRUJANO)

Dr/Dra, he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Dr./Dra. a Fecha:

3-RELATIVO A LOS FAMILIARES Y TUTORES:

El paciente D/Dña no tiene capacidad para decidir en este momento.

D/D^a con DNI

Y en calidad de he sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar.....a Fecha: