

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: CIRUGÍA DEL GLAUCOMA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica a la que usted va a someterse consiste en la realización de una vía alternativa (trabeculectomía o esclerectomía profunda no perforante) a través de la cual se pueda drenar el exceso de líquido que existe en el interior del ojo (humor acuoso) y así disminuir la presión intraocular.

Tiene con objetivo descender la presión ocular para intentar disminuir el daño progresivo e irreversible del nervio óptico que se produce cuando la presión no puede ser controlada por otros medios menos agresivos (láser, medicación...) o cuando estos medios no está indicados en función del tipo de glaucoma.

CÓMO SE REALIZA

Puede necesitar hospitalización o ser ambulatoria, en este caso, volverá a casa en el mismo día.

Se realiza habitualmente con anestesia local (con gotas, o con inyección del anestésico por detrás del ojo). A veces es necesario realizar una anestesia general.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Tras la cirugía se requieren una serie de cuidados, tratamientos y consultas.

Aún en ausencia de complicaciones, la visión suele estar disminuida en las primeras semanas tras la intervención.

Es frecuente la aparición de molestias, fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento... que irán disminuyendo poco a poco y con el tratamiento adecuado.

La trabeculectomía muy frecuentemente precisa de intervenciones posteriores para lograr el adecuado control de la presión (inyecciones de medicamentos, que evitan la cicatrización, en la superficie del ojo, quitar puntos de sutura, reabrir las vías de salida... o aplicar colirios para disminuir aún más la presión. Todos estos procedimientos no suponen un fracaso de la cirugía, sino un complemento a la misma.

Está demostrado, que tras este tipo de intervención se acelera la aparición o la evolución de la catarata, que puede extraerse cuando sea el momento oportuno.

La evolución postoperatoria habitualmente permite la incorporación a las actividades cotidianas de forma progresiva.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La disminución de la presión ocular, logrará en la mayoría de los casos, frenar o disminuir la progresión de la enfermedad.

La intervención puede, en el mejor de los casos, conservar la visión, pero nunca mejorarla.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Durante la cirugía y poco frecuentes:

- Los derivados de la técnica anestésica: reacciones a la medicación, alteraciones generales(mareos, hipotensión,..) y locales (perforación del globo ocular con hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, hemorragia orbitaria retroocular que pudiera hacer suspender la intervención. visión doble postoperatoria temporal o permanente, caída del párpado superior de carácter temporal o permanente).
- De consecuencias muy variables en función de la complicación y gravedad de la misma: hemorragia intraocular, desgarro o rotura de los colgajos conjuntivales o esclerales, pérdida de vítreo.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Después de la cirugía puede aparecer presión intraocular muy baja (por distintas causas), inflamación ocular, hemorragia intraocular.

Desprendimiento de retina, pérdida parcial o total del campo visual (más frecuente cuanto más daño exista antes de realizar la cirugía) y aumento importante de la presión intraocular.

• LOS MÁS GRAVES:

Durante la cirugía: hemorragia expulsiva, que supone la expulsión de parte del contenido ocular y que lleva a la pérdida definitiva de la visión.

Después de la cirugía: es poco frecuente la infección de las estructuras intraoculares (endofthalmitis) que puede ocurrir de forma precoz o tras varios años después de la cirugía. Es una complicación muy grave e imposible de prevenir y que aún con el tratamiento oportuno puede conllevar la pérdida de la función visual e inclusive del ojo.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....