

## 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 GLAUCOMA INFANTIL:

---

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

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 (sitio por donde drena el fluido del ojo) causando la obstrucción del drenaje de dicho fluido y como consecuencia aumenta la presión del ojo.

La cirugía pretende incrementar la salida del fluido del ojo y disminuir la presión en el interior del mismo.

##### CÓMO SE REALIZA

Precisa anestesia general. Las técnicas quirúrgicas iniciales intentan facilitar la salida de humor acuoso del ojo, y dependen fundamentalmente del estado previo del mismo: córnea transparente (goniotomía), córnea opaca (trabeculotomía, trabeculectomía).

Si con lo anterior no se consigue el objetivo hay otras opciones como implantar un dispositivo (válvula), o destruir el sitio donde se produce el fluido del ojo (cuerpo ciliar) con láser (ciclofotocoagulación) o con frío (ciclocrioterapia).

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Molestias oculares como picor, escozor, lagrimeo, fotofobia, enrojecimiento ocular... que irán disminuyendo poco a poco con el tratamiento adecuado.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

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

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

Ambliopía ("ojo vago"), miopía, astigmatismo (córnea irregular), hiphema (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...

#### • LOS MÁS GRAVES:

Desprendimiento de retina y pthisis bulbi.

Hemorragia expulsiva: complicación muy infrecuente que puede originar la pérdida de la visión y a veces del globo ocular.

Endoftalmitis (infección intraocular): requiere tratamiento antibiótico muy agresivo, y también puede originar la pérdida de la visión y del ojo.

Derivados de la anestesia general, pudiendo llegar al coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por fallo cardio-respiratorio, complicación excepcional.

### 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.....