



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA OPERACIÓN DE CATARATA CON LENTE BIFOCAL

En cumplimiento de la Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. 15-11-02) que exigen la información del paciente, y por recomendación explícita del Colegio de Médicos de Guipúzcoa le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, la descripción de las características y posibles complicaciones de la intervención de cataratas:

Yo, \$nom_pat mayor de edad, con
D.N.I. : \$dni_pat, libremente y bajo mi total responsabilidad,

DECLARO:

Que acudo al Servicio de Oftalmología de la Policlínica Gipuzkoa, para ser operado de catarata con **lente especial bifocal (Modelo.....) de ojo.....** por el/la \$Medi_acte, que me ha informado convenientemente.

Que he tenido tiempo suficiente, y he podido hacer cuantas preguntas he precisado respecto a la operación de catarata con lente especial difractiva antes de firmar este documento de consentimiento basado en la información.

Que conozco que dentro del ojo se encuentra alojada una lente llamada cristalino. Esta tiene la misión de poder realizar el enfoque lejos-cerca. La pérdida de transparencia del cristalino origina la catarata. La catarata produce la disminución progresiva de la visión llegando con el tiempo a perderse totalmente.

Que conozco que se utilizan modernas técnicas de cirugía de cataratas, que permiten colocar una prótesis en forma de lente intraocular que sustituye el cristalino rígido/opaco y se obtiene una rehabilitación visual pudiendo ver de lejos y de cerca. **No obstante puede ser necesario tras la operación utilizar gafas para ciertas actividades (en especial para ver perfectamente bien de cerca cosas pequeñas).**



SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

La operación de la catarata es una Cirugía Mayor que ocasiona un cambio importante en la anatomía del globo ocular.

La técnica actual es la emulsificación ultrasónica del cristalino (Facoemulsificación) que permite realizar una incisión de unos 2.75 mm. o menor y la inserción de una lente plegable.

No obstante no en todos los casos es posible realizar esta técnica y hay que emplear procedimientos alternativos como lo extracción extracapsular del cristalino que es un método igualmente eficaz pero con una recuperación visual más lenta. Puede ser necesaria una corrección óptica (gafas o lentillas) después de la cirugía para conseguir la mejor visión posible.

La evolución postoperatoria, habitualmente permite la incorporación a actividades cotidianas de forma progresiva que le irá comentando el oftalmólogo. Asimismo precisa de medicación después de la operación, colirios y ocasionalmente otros tratamientos.

ALTERNATIVAS:

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, no existe tratamiento médico para eliminar la catarata, la cirugía es el único método para tratarla. En cuanto al tipo de lente, existen otras lentes monofocales que permiten ver bien de lejos, pero no de cerca, y lentes acomodativas, y otros tipos de lentes en experimentación, pero que actualmente la más indicada para mi caso parece ser la lente bifocal.

Que conozco las complicaciones de la anestesia local (hemorragia retrobulbar, lesión del nervio óptico e incluso perforación ocular). También conozco la colaboración que se precisa para la práctica de este tipo de cirugía con anestesia local o tópica. He decidido que el tipo de anestesia mas adecuado a mi caso será.....

Que conozco que, como en todo tipo de cirugía, existe la posibilidad de tener complicaciones debido a la anestesia, reacciones medicamentosas u otros factores que pueden relacionarse con otras partes del cuerpo.

Que conozco que la cirugía de la catarata con lente especial bifocal tiene complicaciones, y como es imposible establecer una lista con todas ellas, la lista de las mismas en este documento es incompleta. No obstante he sido informado de las que



SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

se enumeran a continuación. Entre estas complicaciones, las mas graves (muy infrecuentes, uno entre mil casos operados) pueden surgir durante o tras la cirugía de la catarata llevando a la pérdida de la visión del globo ocular o incluso a la pérdida del propio globo ocular. Entre estas complicaciones muy graves se encuentran:

Hemorragia expulsiva, infecciones intraoculares inmediatas o tardías (1-3 entre 1000 casos), desprendimientos de retina, traumatismos que produzcan una hemorragia o lesión interna, alteraciones de la transparencia de la córnea, desplazamiento de la lente intraocular o de la pupila, reacción de rechazo a la lente intraocular, edema retiniano central y otras que afectan entre el 1-2 % de los operados.

Además de estas complicaciones graves existen una gran variedad de otro tipo de complicaciones o circunstancias que son mas frecuentes tras la cirugía de la catarata como: cicatrización débil o lenta con dehiscencia de sutura, caída parcial del párpado superior, hematomas de conjuntiva (blanco del ojo) o de los párpados, percepción de moscas volantes, mayor sensibilidad a la luz, inflamación y sensación de dolor al tocar el ojo, necesidad de tratamiento con gotas de colirio por tiempo no determinado, aumento de la presión intraocular transitorio, deformación de la córnea creando astigmatismo, opacificación de la cápsula posterior, etc..., algunas de las cuales pueden requerir una reintervención quirúrgica o con Láser Yag, Láser Excimer u otros tratamientos médicos, uso de gafas de sol o correctoras u otros procedimientos medico-quirúrgicos.

Que he sido informado de que en mi caso específico tengo además las siguientes circunstancias:

.....
.....
.....

Que leído lo anterior y aclaradas las dudas pertinentes, solicito ser intervenido dando para ello mi conformidad por escrito al firmar este documento.



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Y además he sido informado explícitamente de que:

- Por el tipo de lente bifocal, que le va a permitir ver de lejos y de cerca, es habitual que perciba los siguientes efectos:

- Precisión de más luz o sensación de mayor necesidad de luz, en especial para leer por las noches.

- Percepción de destellos nocturnos, halos en la visión nocturna, etc., a los que iré acostumbrándome con el tiempo.

- La visión intermedia (ordenador) puede no ser perfecta y necesitar una gafa, para poder trabajar horas en el ordenador. La visión próxima tampoco se puede garantizar que sea perfecta, pudiendo necesitar gafa en ocasiones (coser, etc...)

- Que la potencia de la lente que se le implante, no corrija perfectamente su defecto a pesar de todos los medios técnicos (Biómetro, IOL Master, Topógrafo, etc.) a nuestro alcance, y sea preciso una segunda cirugía con Láser Excimer para optimizar su visión de lejos o de cerca.

- Que la sensación visual obtenida tras esta cirugía no sea perfecta, debido a las características intrínsecas de estas lentes que permiten tener dos focos y por lo tanto, sacrifican un porcentaje de calidad óptica para lograrlo.

Que leído lo anterior y aclaradas las dudas pertinentes, solicito ser intervenido de cataratas con lente bifocal (Mod.....) dando para ello mi conformidad por escrito al firmar este documento.

D/ Dña \$nom_pat

DNI: \$dni_pat

Persona responsable o tutor

D/Dña

DNI:

Firma del Médico: \$Medi_acte

San Sebastián , \$fecha_acte

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar en el médico. Entre estas alternativas he sido informado de:

.....
.....

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio y lógicamente, como en toda cirugía, existe la posibilidad de complicaciones de todo tipo, y que de las principales ya he sido informado.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la CIRUGIA DE CATARATA (con lente difractiva o bifocal), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica; lo solicito expresamente al Dr. \$Medi_acte, que me ha informado adecuadamente.

En Donostia, a \$fecha_acte

Fdo: \$Medi_acte

Fdo: \$nom_pat

Fdo: representante legal, familiar o allegado.



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

REVOCACION

D/Dña: \$nom_pat, de \$age_pat
con domicilio en: \$adres_pat
y DNI: nº: \$dni_pat

REVOCO, el consentimiento prestado en fecha \$fecha_acte, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Donostia, \$fecha_acte

Fdo: \$Medi_acte

Fdo: \$nom_pat