



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA OPERACIÓN DE CATARATAS

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 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 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. Esto es lo que a mi me ocurre.

Que el único tratamiento que existe es quirúrgico, y consiste en la extracción del cristalino opaco o catarata. El cristalino puede extraerse en su totalidad o dejando la cápsula posterior.

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 opaco y se obtiene una óptima rehabilitación visual. No obstante puede ser necesario tras la operación utilizar gafas, especialmente para cerca.

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 3 mm. o menor y la



SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

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.

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. Así mismo he sido informado de los riesgos fundamentales que conlleva una anestesia general (coma irreversible por parada cardio-respiratoria e incluso la muerte por esta misma causa). Que realizadas las exploraciones de tipo general y ocular necesarias, 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, incluida la posibilidad de daños al cerebro o aún la muerte.

Que conozco que la cirugía de la catarata 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 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:



SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

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.

Dr. / Dra \$Medi_acte
colegiado.....

D/Dña \$nom_pat
DNI: \$dni_pat

San Sebastián, \$fecha_acte

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, 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:

1º-

.....

2º.-

.....

3º.-

.....

4º.-

.....

\$bmcn_pat



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Siendo por estas circunstancias mencionadas mi nivel de riesgo normal/ superior al habitual en este tipo de cirugía de cataratas

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

D. Dña \$nom_pat

Persona responsable o tutor

DNI: \$dni_pat

D.Dña

San Sebastián , \$fecha_acte

DNI:

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:.....

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

1º-

.....

2º.-

.....

3º.-

.....

4º.-

.....

Siendo por estas circunstancias mencionadas mi nivel de riesgo normal/ superior al habitual en este tipo de cirugía de cataratas.

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

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, por lo tanto:

CONSIENTO

Que se me realice la CIRUGIA DE CATARATA, 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 lega, 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