

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DR. ROMO S.L. C/ IBIZA 37, 1º lateral Madrid 28009 DR. ÁNGEL ROMO LÓPEZ N° Col: 282843552	Apellidos..... Nombre..... Sexo..... Fecha de nacimiento.....Nº Historia..... Afiliación..... Domicilio..... Población.....Teléfono.....
---	---

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA

Médico informante: Dr. Ángel Romo López

Fecha: 25/04/2022

El objetivo del presente documento es informarle detalladamente acerca del procedimiento quirúrgico al que Vd. va a ser sometido, para que pueda valorar con pleno conocimiento de causa tanto los beneficios que de él pueden obtenerse, como los posibles riesgos y complicaciones que pueden derivarse. El consentimiento informado es una condición indispensable para la realización de cualquier intervención.

Operación planeada : Trabeculectomía antiglaucomatosa.

El Glaucoma es una enfermedad que afecta al 2% de las personas mayores de 45 años. Consiste en el aumento de la presión de los ojos que causa una progresiva pérdida de visión que puede conducir a la ceguera. Existe un tratamiento médico con colirios para reducir la presión. Cuando el tratamiento médico no consigue bajar la tensión o detener el proceso de la enfermedad hay que recurrir a la cirugía, con el fin de interrumpir o enlentecer el proceso de pérdida visual. **En ningún caso se pretende devolver la agudeza visual que se ha perdido.**

Riesgos : la trabeculectomía o intervención del Glaucoma es una intervención bastante segura estadísticamente, tanto para el ojo como para el individuo. Sin embargo, y como cualquier procedimiento quirúrgico, no está exenta de riesgos. A continuación vamos a enumerar las posibles complicaciones que pueden aparecer :

- 1) Los propios de la anestesia local o general.
- 2) Durante la intervención :
 - hemorragias intraoculares de tipo expulsivo (0,05-0,4%, es decir una de cada 2.000 ó 4.000 intervenciones). Son muy graves y muchas veces conducen a la pérdida del ojo.
 - infecciones intraoculares (0,5%, una de cada 200 operaciones). Pueden ocasionar también la pérdida del ojo. Los síntomas se presentan horas, días o semanas tras la intervención.
 - hifema por sangrado en la parte anterior del ojo, son bastante frecuentes, aunque se suelen resolver con tratamiento médico.
- 3) Tras la intervención
 - fracaso de la cirugía. Ocurre entre el 10 y el 20% de los casos. Hay que operar nuevamente en las semanas o meses posteriores.
 - hipotonía o baja tensión
 - desprendimiento coroideo
 - inflamación intensa
 - bloqueo pupilar
 - glaucoma maligno
 - formación de cataratas
 - queratopatía bullosa.

Todas estas complicaciones tienen una frecuencia y gravedad variables que se suelen resolver con tratamiento médico, aunque en ocasiones hay que reintervenir el ojo.

Resultados : el resultado final no viene determinado únicamente por la ausencia o presencia de complicaciones, sino por la situación previa del ojo.

Una vez informado de las posibles complicaciones debe señalarse que el número de intervenciones realizadas al año es muy elevado y sólo en un pequeño porcentaje se producen complicaciones graves. A pesar de ello hay que hacer notar que todo procedimiento quirúrgico en el ojo conlleva un riesgo, que aunque muy pequeño, puede conducir a la ceguera e incluso a la pérdida física del globo ocular. Los riesgos de la anestesia tanto local como general incluyen la posibilidad del fallecimiento del paciente en una mínima proporción de los casos.

Riesgos personalizados :

En general cuanto más y mayores sean las enfermedades oculares y generales que se padezcan y mayor la edad del paciente, mayor es el riesgo. Sus riesgos relacionados con sus circunstancias personales y generales son:

.....
.....

Declaraciones y firmas

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos y complicaciones, explicados en este documento, relacionados con la cirugía del glaucoma que se me va a realizar.

Destinatarios y finalidades que requieren consentimiento expreso. Le rogamos marcar una de las siguientes opciones: SI () NO () AUTORIZO: a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, me han aclarado todas las dudas planteadas y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por ello doy mi consentimiento expreso para que se me realice dicha intervención.

Firma del paciente

Firma del médico

.....

.....

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/D^a..... DNI

en calidad de....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado/a de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar

.....

NO AUTORIZO/ REVOCO cualquier autorización plasmada en el presente impreso. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que pudieran derivarse de esta decisión sobre la evolución del proceso.

Firma del paciente , tutor o representante legal

.....

Fecha:/...../.....