

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-153

Cirugía de Cataratas

Rev.01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

El objetivo de esta cirugía es restaurar la visión de paciente con ella, se pretende lograr una visión útil, siempre que no existan otras patologías oftalmológicas asociadas que lo impidan.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS (En qué consiste)

La cirugía de catarata consiste en la extracción del cristalino opacificado (opacado) y la inserción de una lente intraocular en su lugar.

En primer lugar se realiza una incisión en la córnea por la que se extrae el cristalino y, a continuación, se inserta una lente intraocular en la posición de aquel. La incisión se suele saturar aunque en ocasiones es innecesario.

La técnica actual es la emulsificación ultrasónica del cristalino, que permite realizar una incisión de unos 3,0 mm. 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 la extracción extracapsular del cristalino, que es un método igualmente eficaz, pero con una recuperación visual más lenta.

Tras la intervención se produce una mejoría de la visión, aunque es necesario el empleo de anteojos o lentes para ver de cerca y/o lejos. No es posible predecir cuánta visión efectivamente se va a recuperar.

Cuando la catarata es madura y no permite la visualización de la retina, pueden existir enfermedades en el fondo de ojo que impedirán la recuperación visual.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS

RIESGOS FRECUENTES.

Tras la intervención, suele haber una inflamación pasajera y temporal de la córnea; esto implica tener una visión borrosa los primeros días postoperatorios. Esta inflamación puede acompañarse de aumento de la tensión ocular. Existen otras complicaciones menos frecuentes, que conllevan cierta gravedad. Durante la cirugía, en ocasiones, no es posible la colocación de la lente intraocular, por ello es necesario agendar una segunda intervención.

Otras complicaciones son el desprendimiento de retina, aumento de la tensión ocular, hemorragias intraoculares, alteración permanente de la transparencia corneal que requerirían un trasplante de córnea, dehiscencia de suturas, edema macular, opacidad de la cápsula posterior, deformidad pupilar, dislocación de la lente intraocular que llevaría a una intervención, inflamación persistente intraocular.

RIESGOS POCO FRECUENTES.

Existen riesgos derivados de la anestesia, que puede ser con gotas o con infiltración de anestesia alrededor del ojo. Entre los riesgos, están la hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina, lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardiovascular y pulmonar, reacción tóxico-alérgica. Las complicaciones más graves son la hemorragia expulsiva y las infecciones intraoculares, que ocurren en menos del 0,4 % de los casos, y que llevaría a la pérdida del ojo en forma inmediata.

RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

Las patologías sistemáticas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

TODOS LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS IMPLICAN UN CIERTO NIVEL DE RIESGO Y COMPLICACIONES COMUNES Y POTENCIALMENTE SERIAS QUE PODRÍAN REQUERIR TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS, TANTO MÉDICOS COMO QUIRÚRGICOS. Atendida las particulares características vitales del paciente, se le informa, que entre otros, además de los comunes, los riesgos que podría sufrir el paciente son los siguientes

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Salvo el uso permanente de lentes ópticos, que no mejoran la catarata, la cirugía es el único método para tratar las cataratas.

Si la cirugía no se realiza, la pérdida de visión será progresiva. Cuando la catarata es muy madura o avanzada, se dificulta la cirugía y aumenta el riesgo de complicaciones.

Si el cristalino no se extrae, pueden aparecer problemas como aumento de la tensión del ojo e inflamación.

Siempre existe la posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-153

Cirugía de Cataratas

Rev.01

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

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía de Cataratas.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía de Cataratas.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía de Cataratas** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCAACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)