



Consentimiento Informado Para
Capsulotomía Posterior

Consentimiento Informado Para Capsulotomía Posterior

Consentimiento Informado Para Capsulotomía Posterior

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
CAPSULOTOMÍA POSTERIOR

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN GENERAL

Durante la cirugía de catarata se extrae el cristalino opacificado (catarata) manteniendo la parte posterior y una pequeña parte anterior de la cápsula que lo envuelve. Esta cápsula equivale a la cáscara de una fruta. En ese saco capsular se implanta el lente intraocular que reemplaza en su función al cristalino extraído. En algunos pacientes con el tiempo se produce una opacificación de la parte posterior de esta cápsula, lo que genera una disminución de la agudeza visual de ese ojo.

La opacidad de la cápsula posterior debe considerarse una consecuencia de la cirugía de catarata, la que puede ocurrir en aproximadamente el 20% de los casos, pero de ninguna manera se considera una complicación o fallo de ésta.

Tratamiento:

El tratamiento para la recuperación de la visión es la capsulotomía posterior con Nd-Yag láser, la que consiste en abrir la cápsula posterior con un láser especial. El procedimiento se realiza en forma ambulatoria, con anestesia tópica (colirio) y es indoloro. Sin embargo, la visión será borrosa por algunas horas hasta que desaparezca la dilatación pupilar y el deslumbramiento. La cantidad de visión que se recupere depende de las patologías oculares asociadas que tenga el paciente (corneales, retinales, de nervio óptico, ambliopía, etc.).

Durante los días posteriores a la aplicación del láser pueden verse cuerpos flotantes, que son los restos de la cápsula posterior que flotan en la cavidad vítrea. Estos irán disminuyendo progresivamente en el transcurso de los días siguientes.

Riesgos:

- Tras la realización del procedimiento puede ocurrir una inflamación moderada dentro del ojo, la que podría provocar una elevación de la presión ocular. Esta elevación sería de carácter transitorio y solamente en casos excepcionales requeriría de tratamiento médico o quirúrgico.
- Excepcionalmente se puede producir el desplazamiento del lente intraocular.
- Las complicaciones retinales como desprendimiento de retina o edema macular quístico son muy infrecuentes.
- Existen descritas otras complicaciones que por su baja frecuencia y su extensión no están incluidas en este texto y podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted así lo desea.

Alternativas de tratamiento:

Si no se realiza la capsulotomía posterior tendrá una visión cada vez más disminuida a medida que transcurre el tiempo. Además otra consecuencia negativa es la imposibilidad que tendrá el oftalmólogo de examinar el estado de su retina y nervio óptico, no pudiendo detectar a tiempo algunas patologías importantes.

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 entiendo que, en cualquier momento 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CAPSULOTOMÍA POSTERIOR

Lado del Ojo:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).