

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

(Leyes 26.529 - 26742 y Decreto Reglamentario 1089 / 2012)

Nota: El diseño y contenido de este consentimiento, evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

DERECHO A NO RECIBIR INFORMACIÓN SANITARIA

Dejo asentado mi voluntad de ejercer mi derecho a no recibir información sanitaria vinculada a mi patología ocular, procedimientos diagnósticos ni tratamientos planificados.

Firma del Paciente
D.N.I. N°

Firma del Profesional

Autorizo a disponer de la información sanitaria vinculada a mi patología ocular y a decidir sobre mi tratamiento a
D.N.I. N°

Firma del Paciente
D.N.I. N°

Firma del Representante Legal
D.N.I. N°

1) Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha, he recibido de mi oftalmólogo, Dr....., el presente formulario conteniendo información de mi enfermedad ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y qué otras posibilidades terapéuticas tengo. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citada / o el día para que mi oftalmólogo me aclare todas mis dudas.

2) ¿Qué es una catarata?

Todos tenemos una lente transparente dentro de nuestros ojos (cristalino) que nos permite enfocar las imágenes, como lo hace una filmadora. Cuando esa lente se hace opaca recibe el nombre de catarata. Las imágenes se ven borrosas o la luz nos deslumbra. El cristalino tiene una estructura parecida a un durazno con su cápsula que lo envuelve (equivalente a la piel ó pellejo del durazno), y un contenido formado por un elemento duro central (el núcleo del cristalino)

equivalente al carozo, y un material más blando periférico ubicado entre el núcleo y la cápsula, denominado corteza (su equivalente sería la pulpa del durazno).-

3) Tratamiento propuesto

Cirugía de la catarata

La cirugía de la catarata tiene como finalidad quitar esa lente opaca (cristalino) del interior del ojo y, si las condiciones del ojo lo permiten, el cirujano reemplaza la lente opaca por una lente artificial. Esta lente en general se coloca detrás de la pupila en el sitio en que estaba originalmente la lente natural, pero en ciertos casos esto no es posible y se coloca otro tipo de lente artificial delante de la pupila (cámara anterior). Existen casos en los que es imposible implantar la lente intraocular. En la mayoría de los casos se utiliza una técnica denominada facoemulsificación. En esta técnica se fragmenta la lente natural mediante ultrasonido y, simultáneamente se aspiran las micropartículas. Una opción es utilizar un láser para efectuar determinados pasos de la cirugía pero, en esencia los objetivos son siempre los mismos: hacer una apertura circular de la cápsula anterior del cristalino, fragmentar y aspirar su contenido (corteza y núcleo) y dejar la cápsula posterior y la parte periférica de la bolsa capsular para alojar en su interior la lente intraocular artificial. Todo el procedimiento puede hacerse también sin utilizar ni ultrasonido ni láser con la técnica extracapsular tradicional.

Existen distintos tipos de lentes intraoculares: a) las lentes intraoculares monofocales que dejan al ojo enfocado para una determinada distancia (por ejemplo intentar ver aceptablemente bien de lejos y utilizar un anteojos para lectura y/o computación (visión cercana e intermedia); b) las lentes intraoculares multifocales (cuyo objetivo es lograr una aceptable visión en las diferentes distancias (lejos, intermedia y cerca); a lo anterior se agregan las lentes tóricas que intentan compensar el astigmatismo. En muchos casos, para lograr una visión óptima a determinada distancia (sea lejos, intermedia o cerca) el paciente puede necesitar anteojos. Una finalidad buscada por algunos cirujanos, y acordada con el paciente, es la monovisión, es decir, dejar el ojo dominante enfocado para la visión lejana y el ojo congénere para visión cercana.

Las lentes intraoculares son fabricadas con materiales como acrílicos, plásticos, siliconas, etc. Pueden ser rígidas (necesitan una herida quirúrgica mayor) ó flexibles (se introducen plegadas y se despliegan dentro del ojo). En estos últimos casos (lentes flexibles-plegables) la herida quirúrgica es mínima y en muchos casos no requiere punto de sutura (incisiones autosellantes).-

Existen casos en los que no se puede colocar la lente artificial. A veces es posible hacerlo en otra cirugía.

Cuando no se puede colocar la lente artificial el paciente debe usar anteojos o una lente de contacto para poder ver con el ojo operado, pero si el otro ojo ve bien solamente es posible ver con los dos ojos usando una lente de contacto en el ojo operado.

La anestesia habitualmente es local. Puede ser mediante una inyección en los tejidos que rodean al ojo o mediante gotas. El cirujano, de acuerdo con el caso decide qué anestesia usar.

Puede necesitar cambiar su plan durante la cirugía. En ciertos casos está indicada la anestesia general. A veces es necesario colocar puntos para cerrar la herida quirúrgica.

4) Beneficio que se espera conseguir con la cirugía de la catarata.

El beneficio que se espera conseguir es mejorar la visión del ojo enfermo. Aún con una cirugía perfecta, la recuperación puede ser parcial o incluso no existir mejoría debido a otras enfermedades del ojo como, por ejemplo una maculopatía (enfermedad de la parte central de la retina).-

Nunca se puede saber exactamente qué visión va a recuperar el ojo operado. Nadie le puede garantizar que no va a necesitar anteojos para ver de lejos luego de la cirugía.

Para ver de cerca (lectura, escritura y computación) va a necesitar el uso de anteojos. Aún con el implante de lentes intraoculares multifocales, puede ser necesario, en ciertos casos, utilizar anteojos para lograr una óptima visión en las diferentes distancias.

Su oftalmólogo le indicará las evaluaciones tanto oftalmológicas como de su estado general previo a la cirugía (evaluación prequirúrgica) y la medicación que utilizará antes y e inmediatamente después de ser operado.-

5) Riesgos de la cirugía de catarata

No existe ninguna cirugía sin riesgos. Debido al avance de la técnica la cirugía de la catarata en aproximadamente un 95% a 98% de los casos se logra un resultado exitoso.-.

Pero en ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos.

La consecuencia más grave es la PÉRDIDA DEFINITIVA DE LA VISIÓN DEL OJO OPERADO CON O SIN LA PÉRDIDA DEL OJO. Esto es sumamente infrecuente pero no es imposible. Todo paciente que se va a operar de catarata debe saber que esta remota posibilidad existe (estimativamente 1 cada 15.000 operados de catarata).

La gran mayoría de las complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía o con nuevas cirugías y/o con medicación. Puede quedar como consecuencia una recuperación parcial de la visión. Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa.

Para informarlo en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un LISTADO PARCIAL pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes:

a) Infección dentro del ojo (endofthalmitis infecciosa) ocurren 7 casos cada 10.000 pacientes operados.-

En prácticamente todos los casos el germen que la causa está en los tejidos vecinos al ojo del propio paciente. Es sumamente grave y puede terminar con la pérdida definitiva de la visión e incluso del ojo. Es fundamental el diagnóstico precoz. Usted debe consultar inmediatamente si en el postoperatorio siente dolor, si nota disminución de la visión, si los párpados están inflamados o el ojo muy rojo.

Aún con las más estrictas medidas de seguridad (asepsia) puede ocurrir una infección ocular. Es una complicación imposible de prevenir totalmente.

b) Extracción parcial de la catarata (entre 3 y 10 casos cada 1.000)

Durante la cirugía puede ocurrir que parte de la catarata se desplace a la parte posterior del ojo. De acuerdo con cada caso el cirujano podrá intentar extraer el o los fragmentos o disponer una segunda cirugía. También el cirujano decidirá si coloca o no la lente artificial.

c) Pérdida de transparencia de la córnea

La córnea es el tejido transparente en la parte anterior del ojo. Es el parabrisas del ojo. Pierde transparencia porque se llena de líquido (edema). Ocurre en 4 de cada 1000 cirugías no complicadas. Los casos más graves obligan a una cirugía de la córnea.

d) Disminución de visión por líquido en el centro de la retina (edema de mácula)

La retina es la membrana sensible que tapiza el interior del ojo y envía las imágenes al cerebro. El paciente sufre una disminución de visión. Ocurre en menos de 1 caso cada 100 cirugías.-

Más del 90 % de los casos recupera la visión con el paso del tiempo y la medicación. En ciertos casos es necesario efectuar una cirugía en la parte posterior del ojo (vitrectomía).-

e) Desprendimiento de retina

Ocurre en 1 caso cada 200 pacientes operados (riesgo acumulado a lo largo de la vida). Los pacientes miopes tienen mayor riesgo.

Obliga a una o más cirugías. Es posible, aunque muy poco frecuente, la pérdida definitiva de la visión.

f) Disminución de visión por pérdida de transparencia de la membrana en la que se apoya la lente artificial.

Esta membrana se llama cápsula posterior. Durante los 5 años posteriores a la cirugía hasta un 20% de operados necesita una aplicación de láser para efectuar una pequeña apertura central en esa membrana cuando se opacifica. Entre otros, los riesgos de la apertura de la cápsula posterior con el láser son: aumento de la presión ocular, desprendimiento de retina, marcas en la lente artificial, etc.

g) Hemorragia dentro del ojo (hemorragia expulsiva)

Es una complicación sumamente remota. Cuando ocurre en general lleva a la pérdida definitiva de la visión. Sólo en casos excepcionales se puede prever.

h) Aumento de la presión ocular (glaucoma)

Esta situación puede necesitar medicación (gotas) de por vida y en casos aislados, cirugía.

Es sumamente infrecuente, aunque posible, que el paciente pierda la visión del ojo.

i) Pérdida de la visión del ojo operado por una isquemia del nervio óptico (Neuropatía óptica isquémica):

Se trata de un verdadero infarto del nervio óptico, su frecuencia es de 1 cada 2000 cirugías y no depende del cirujano sino de una predisposición de determinados pacientes. Es imposible de prevenir.

j) Otras complicaciones:

-necesidad de reemplazar la lente artificial por otra debido a un resultado óptico no satisfactorio (no siempre es posible un cálculo perfecto del poder de la lente que hay que implantar);

-los pacientes sometidos previamente a cirugía refractiva así como los pacientes con elevada hipermetropía ó miopía tienen más riesgo de que el cálculo del poder de la lente a implantar no sea el adecuado y se requiera un recambio de la lente intraocular en el postoperatorio;

-desplazamiento de la lente artificial, esto puede requerir otra cirugía;

-visión doble (diplopía): puede necesitar otra cirugía;

-perforación del globo ocular durante la inyección anestésica.

-filtración de la herida (se colocará un punto de sutura en quirófano).

-pupila desplazada y/o deformada;

-reflejos en la pupila;

-inflamación crónica del ojo (necesita medicación y a veces, cirugía con extracción de la lente artificial);

-halos, imágenes fantasma, "moscas volantes";

-en relación a lo anterior, se puede experimentar dificultades en el manejo nocturno;

-ptosis palpebral: el párpado superior del ojo operado se encuentra descendido luego de la cirugía generando una asimetría respecto a la posición del párpado superior del otro ojo. Puede requerir una cirugía reparadora.

La anestesia y sus riesgos potenciales

La anestesia habitualmente es local. Puede ser mediante una inyección en los tejidos que rodean al ojo o sólo mediante gotas (anestesia tópica). El cirujano, de acuerdo con el caso decide qué anestesia usar. Excepcionalmente se decide efectuar una anestesia general.

En las inyecciones anestésicas efectuadas próximas al globo ocular (retrobulbares y/o parabolbares), una complicación muy infrecuente pero posible es la perforación del globo ocular durante la inyección anestésica. Esto puede generar una hemorragia intraocular y, en determinados casos un desprendimiento de retina que puede requerir una o más intervenciones quirúrgicas existiendo el riesgo de una pérdida definitiva de la visión. Otra complicación en las inyecciones anestésicas retrobulbares (se inyecta el

anestésico detrás del globo ocular) es la lesión traumática del nervio óptico con la posibilidad de pérdida de la visión. Es excepcional el riesgo de muerte como consecuencia de ese tipo de inyecciones anestésicas (por compromiso respiratorio y/o cardíaco).

Signos y síntomas de alarma en el postoperatorio

Si durante el post operatorio Ud. nota una disminución de visión en el ojo operado, dolor, edema de los párpados (hinchazón de párpados) , el ojo se pone más rojo o tiene secreción, tiene que acudir inmediatamente para que su cirujano, su equipo ó una guardia oftalmológica lo examine sin demoras.

6) Tratamientos alternativos

¿Existe otra posibilidad para tratar una catarata?

No existe ningún tratamiento para la catarata que no sea la cirugía.

7) Riesgos en caso de rechazar el tratamiento quirúrgico de la catarata

¿Qué ocurre si una catarata no es operada?

En la gran mayoría de los casos no se corre ningún riesgo si no se opera la catarata excepto la disminución progresiva de la visión del ojo afectado en la medida en que la catarata (opacidad del cristalino) siga progresando.

En casos muy aislados se podría producir un aumento de la presión ocular y/o una inflamación interna del ojo.

8) Características particulares que presenta su caso:

9) Espacio para anotar dudas o preguntas:

10) Autorización de tratamiento (consentimiento)

Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su lectura y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me realice una cirugía da catarata en mi ojo por el equipo médico constituido por los doctores:

FIRMA DEL PACIENTE, ACLARACIÓN Y N° DOCUMENTO:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE CORRESPONDER) Y N° DOCUMENTO:

FIRMA DEL MÉDICO:

11) Fotografías y/o videos de la cirugía

El paciente SI / NO AUTORIZA al equipo médico a obtener fotografías, videos ó registros gráficos para difundir resultados ó iconografía en Revistas Médicas y/ó ámbitos científicos preservando su identidad.- (Rodear con un círculo la opción elegida).-

FIRMA DEL PACIENTE ACLARACIÓN Y N° DOCUMENTO:

12) Tratamientos experimentales

El paciente SI / NO AUTORIZA al equipo médico a ser objeto de tratamientos experimentales. (Rodear con un círculo la opción elegida).- Espacio para describir los aspectos experimentales programados:

FIRMA DEL PACIENTE ACLARACIÓN Y N° DOCUMENTO

13) Revocación del consentimiento (anulación por parte del paciente del presente consentimiento):

(NOTA: El consentimiento que por este acto emite el paciente para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el momento inmediatamente anterior a iniciar la cirugía programada.-)

*Dejo asentado mi voluntad de ejercer mi derecho a revocar el Consentimiento Informado previamente firmado en el que autorizaba al equipo médico integrado por los Dres.....
.....
a efectuar una cirugía de catarata en mi ojo.....
Se me ha informado de las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión, descritas en el ítem 7 del presente formulario.*

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

N° DOCUMENTO

FIRMA, ACLARACIÓN Y N° DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL
(DE CORRESPONDER) FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO