

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA IRIDOTOMÍA POR LÁSER

INTRODUCCIÓN

Esta información se les ofrece a los pacientes que han sido diagnosticados con ángulo estrecho anatómico o con un ataque agudo de glaucoma por ángulo cerrado y que son candidatos a la iridotomía por láser. El propósito de este documento es que usted pueda tomar una decisión informada sobre si se somete o no a este procedimiento.

Tómese el tiempo que usted estime necesario para decidir si firma o no este consentimiento informado. Usted **tiene el derecho de hacer preguntas** acerca de éste o cualquier otro procedimiento antes de acceder al mismo y firmar cualquier documento.

El ángulo estrecho anatómico es una condición en la cual el drenaje (o desagüe) del ojo está a riesgo de cerrarse por el iris (parte coloreada del ojo) y causar un aumento desmedido de la presión intraocular (ataque agudo de glaucoma por ángulo cerrado) que, a su vez, puede causarle mucho dolor e inclusive la pérdida de la visión.

La iridotomía por rayos láser es un procedimiento quirúrgico que produce un agujero pequeño en el iris creando así una vía alterna para que el líquido que produce el ojo llegue sin problemas a su drenaje natural. De esta manera se trata de evitar que ocurra un aumento agudo en la presión intraocular y también la posibilidad de la formación de una cicatriz entre el iris y la cornea causando un glaucoma crónico de ángulo cerrado.

La iridotomía por rayos láser se realiza utilizando anestesia en gotas y **no** se realiza en sala de operaciones. Este procedimiento podría requerir más de una visita para poder ser completado.

TRATAMIENTOS ALTERNOS

Usted puede decidir no tener una iridotomía por rayos láser en este momento. Los tratamientos alternos si decide no operarse son:

1. **Gotas mióticas:** Usted puede optar por utilizar gotas mióticas (gotas que cierran la pupila o niña del ojo) pero éstas puede que no mejoren su condición y si la mejora, puede que sea por

un tiempo limitado ya que su ángulo (donde está el drenaje del ojo) se puede cicatrizar con el tiempo empeorando así su condición.

2. **Iridectomía:** Usted puede optar por este procedimiento que se realiza en sala de operaciones con anestesia local. El propósito de la iridectomía es el mismo que el de la iridotomía. La diferencia estriba en que hay que abrir el ojo para cortar con tijeras el iris creando así un agujero que puede variar en tamaño y forma. Los riesgos para este procedimiento son los mismos que para la iridotomía por láser y además incluye, aunque raro, la infección intraocular con la posible pérdida del ojo.
3. **Observación:** Usted puede optar por ningún tratamiento y ser observado periódicamente. El riesgo de que ocurra un ataque de glaucoma agudo aumenta según pasa el tiempo, ya que con el tiempo el cristalino (su lente intraocular natural) aumenta en tamaño y empuja el iris hacia el frente aumentando la posibilidad de un ataque de glaucoma de ángulo cerrado.

CONSENTIMIENTO PARA LA IRIDOTOMÍA POR LÁSER

Firmando este permiso para la iridotomía por láser declaro **que entiendo lo siguiente:**

- 1) que la iridotomía por láser es una técnica quirúrgica.
- 2) que **aunque raras**, las posibles complicaciones de la iridotomía por láser podrían ser las siguientes:
 - a) Mareo durante el procedimiento.
 - b) Cambio en su agudeza visual, que a su vez resulte en la necesidad de utilizar espejuelos o un cambio en su receta actual de espejuelos, si es que ya los utilizaba.
 - c) Flotadores nuevos (transitorios o permanentes) después del procedimiento.
 - d) Aumento, temporero o permanente, de la presión dentro del ojo requiriendo tratamiento en gotas.
 - e) Sangrado transitorio dentro del ojo requiriendo otra visita para completar el tratamiento.
 - f) Inflamación intraocular transitoria o permanente necesitando el uso de gotas anti-inflamatorias.

- g) Cambio en la forma de la pupila (niña del ojo) y/o de su movimiento, causando problemas para la dilatación de ésta.
 - h) Rayos de luz o visión doble monocular en el ojo operado.
 - i) Desprendimiento de la retina requiriendo la intervención de un sub-especialista para repararla.
 - j) Hinchazón de la retina (edema de macula) requiriendo tratamiento médico en gotas o inyecciones en el ojo.
 - k) Formación de catarata o empeoramiento de ésta, afectando así mi visión pudiendo resultar en la necesidad de operarlas.
 - l) Que aunque **extremadamente raro**, las complicaciones mencionadas aquí, junto a otras complicaciones más raras aún y no mencionadas aquí, podrían causar la pérdida de mi visión funcional, de forma temporera o permanentemente, a corto o a largo plazo.
- 3) que como en todo procedimiento quirúrgico, los resultados de la cirugía no pueden ser garantizados y que podría necesitar algún tratamiento adicional.
- 4) que entiendo que la iridotomía por láser no es una ciencia exacta y que acepto que puede que luego necesite usar gotas permanentemente para bajar la presión intraocular.
- 5) que hay la posibilidad de la necesidad de cirugías subsecuentes.
- 6) que los tratamientos alternos a la iridotomía por láser, los procedimientos básicos del procedimiento, las ventajas y desventajas, los riesgos y beneficios y las posibles complicaciones del tratamiento me han sido explicados por el doctor.
- 7) que aunque es imposible que el doctor me informe cada complicación posible que pueda ocurrir, el doctor ha contestado a todas mis preguntas a mi satisfacción.

Por este medio autorizo:

-al Instituto a tomar fotografías/videos para fines de mí record médico y para fines de educación médica o investigación científica, siempre y cuando no se identifique por nombre en la misma, también autorizo la presencia de observadores en la operación, siempre y cuando sea con anuencia de mi médico.

Firmando este consentimiento informado para la iridotomía por láser **estoy indicando que:**

- 1) que soy **mayor de 21 años y no se me ha obligado o coaccionado** a someterme a esta cirugía.
- 2) **que he leído (o se me ha leído)** este consentimiento informado y **que entiendo** completamente los posibles riesgos, complicaciones y las ventajas que pueden resultar de esta cirugía.

Acepto libre y voluntariamente someterme al tipo de operación que he indicado por mi firma:

- 1) Deseo tener una iridotomía por láser en mi ojo _____:

PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

Nombre del Paciente en letra de **MOLDE**

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Edad

Fecha

TESTIGO

Firma del testigo

Fecha

MEDICO

Firma del Doctor

Fecha