

## **INTRODUCCIÓN**

Esta información se le ofrece a los pacientes que han sido diagnosticados con capsulas opacas y que son candidatos a su remoción 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.

Como parte de la cirugía de cataratas, la membrana o cápsula donde se encontraba la catarata se preserva para la colocación del lente intraocular.

Esta membrana o saco se puede opacar y causar visión borrosa y/o halos o destellos alrededor de las luces. Estos síntomas visuales pueden empeorar con el tiempo deteriorando la calidad de su visión.

La capsulotomía por rayos láser es una cirugía que se realiza en la oficina del médico utilizando anestesia en gotas. El láser abre una apertura en la cápsula restaurando así la visión que tenía antes de ésta opacarse, siempre y cuando su retina esté en perfecto estado. Este procedimiento podría requerir más de una visita para ser completado.

## **TRATAMIENTOS ALTERNOS**

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

1. **Espejuelos o lentes de contacto:** Usted puede optar por utilizar espejuelos o lentes de contacto pero éstos puede que no mejoren su condición visual y si la mejora puede que sea por un tiempo limitado ya que las cápsulas opacas tienden progresar con el tiempo empeorando así su visión.
2. **Observación:** Usted puede optar por ningún tratamiento y ser observado periódicamente hasta que usted entienda que necesita la cirugía por láser.

## **CONSENTIMIENTO PARA LA CAPSULOTOMÍA POR LÁSER**

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

- 1) que la capsulotomía por láser es una técnica quirúrgica.
- 2) que aunque raras, las posibles complicaciones de la capsulotomía 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 transitorio de la presión dentro del ojo requiriendo tratamiento en gotas.
  - e) Sangrado transitorio dentro del ojo requiriendo otra visita para completar el tratamiento.
  - f) Desprendimiento de la retina requiriendo la intervención de un sub-especialista para repararla.
  - g) Hinchazón de la retina (edema de macula) requiriendo tratamiento médico en gotas o inyecciones en el ojo.
  - h) Infección dentro del ojo (endoftalmítis) requiriendo la intervención de un sub-especialista para tratarla.
  - i) Dislocación del lente intraocular requiriendo de una reoperación para volver a colocarlo en su lugar o intercambiarlo.
  - j) Daño al lente intraocular por marcas creadas por el láser que por lo general, no causan ningún efecto en su visión.

- 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 capsulotomía por láser no es una ciencia exacta y que acepto que puede que necesite usar espejuelos o lentes de contacto después de la cirugía para tener una mejor visión.
- 5) que hay la posibilidad de la necesidad de cirugías subsecuentes.
- 6) que los tratamientos alternos a la capsulotomía 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.
- 8) 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 capsulotomía 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.

Me han dado la oportunidad de presentar cualquier pregunta que tenga y me ha contestado todas las preguntas por completo y de una manera satisfactoria.

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

- 1) Deseo tener una capsulotomía por láser en mi ojo \_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en letra de **MOLDE**

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha