

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CAPSULOTOMÍA POSTERIOR**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

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.

¿En qué consiste la cirugía?

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.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento**:

- 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.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Otras alternativas disponibles:

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.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (**marque con una X**):

Ojo derecho

Ojo Izquierdo

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Capsulotomía Posterior** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CAPSULOTOMÍA POSTERIOR, por el Dr.(a)_____.
DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)