

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE GLAUCOMA
(TRABECULOPLASTIA)
LEY 17132. LEY 26529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.**

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

DNI:

ESTADO DE SALUD/ DIAGNOSTICO:

OBSERVACIONES/ ANTECEDENTES:

PROCEDIMIENTO

El glaucoma es una enfermedad crónica multifactorial, en la que el aumento de la tensión ocular, junto con otros factores, causa una destrucción irreversible del nervio óptico, con la consiguiente disminución/pérdida del campo visual y de visión que puede conducir a la ceguera.

En esta técnica se realiza la aplicación de láser en el trabeculado (zona de drenaje del humor acuoso) con la utilización de una lente de contacto en el ojo a tratar.

Se utiliza anestesia tópica (en gotas)

TÉCNICA QUIRÚRGICA A REALIZAR

Trabeculoplastia con láser

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS El objetivo de esta cirugía es disminuir la presión intraocular, generalmente elevada, creando una vía de salida del líquido intraocular (humor acuoso).

Se pretende estabilizar o evitar la progresión de la enfermedad mediante un control adecuado de la presión intraocular.

Su objetivo NO es la recuperación de la agudeza visual ni el campo visual perdidos o disminuidos por la evolución de la enfermedad previa a la realización del procedimiento quirúrgico.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables tanto a nivel ocular como en otros órganos y sistemas.

A nivel ocular:

Hipertensión ocular, sinequias anteriores periféricas, iritis transitoria, la no disminución de la Presión Intraocular (PIO).

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

La trabeculoplastia con láser se utiliza como terapia alternativa al tratamiento médico. Su función es la misma que adicionar una droga tópica aunque se la considera un procedimiento quirúrgico.

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:

Si no se realiza la cirugía de glaucoma en los casos en que está indicada, la enfermedad sigue su curso, se produce una atrofia progresiva del nervio óptico con la consiguiente pérdida de campo visual y de visión, pudiendo llegar a la ceguera.

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médicos - quirúrgicos en mi persona.

Facultándolos para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados, se estime conveniente; habiéndome explicado y tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados y notificándome expresamente de que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura derivados del tratamiento o intervención a que seré sometido, asumiendo para el caso que se produjeran, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de otros procedimientos diagnósticos/ terapéuticos. También autorizo a iconografiar y/o filmar el procedimiento para ser presentado con fines académicos con la debida protección de identidad. Finalmente autorizo a realizar las curaciones y controles necesarios en el período postoperatorio.

Habiendo podido aclarar las dudas sobre lo informado, certifico haber entendido los riesgos, las posibilidades de fracaso y las alternativas terapéuticas planteadas.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL MEDICO

Aclaración

Aclaración