

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE “CIRUGÍA DE CATARATAS” (EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR)

En cumplimiento de la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/11/02), le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, información sobre cirugía de la catarata y los defectos refractivos (miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia) mediante la técnica EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR.

D./D^a., **de**
..... años de edad, con domicilio en **y DNI Nº**
.....

DECLARO

Que el Dr. me ha explicado en que consiste el procedimiento de extracción de catarata con implante de lente intraocular.

INTRODUCCIÓN

La catarata es la pérdida de la transparencia del cristalino con la consiguiente disminución progresiva de la visión. El único tratamiento de la catarata es el quirúrgico, no existiendo medicamentos, aportes vitamínicos, aparatos ópticos o ejercicios que eviten o curen la catarata.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El cristalino opaco debe ser extraído del interior del globo ocular. Esta extracción no se realiza en su totalidad, sino que en el acto quirúrgico se deja la cápsula posterior del mismo. El procedimiento más generalizado de extracción es la facoemulsificación: deshacer el núcleo del cristalino mediante una sonda que emite ultrasonidos y simultáneamente aspirarlo a través de la misma. Esto permite extracciones de cristalino a través de incisiones mínimas. Tras la extracción del cristalino se debe proceder a su sustitución mediante una lente intraocular (LIO) acrílica, de silicona o de otros materiales análogos. Habitualmente no es necesario suturar la incisión. No obstante, si fuera necesario reconvertir la facoemulsificación a una extracción extracapsular (extracción del cristalino sin asistencia de los ultrasonidos) puede ser posible tener que ampliar la incisión y tener que suturarla.

La técnica anestésica puede ser local (infiltración anestésica en la región orbitaria) o tópica (simple instalación de colirios anestésicos). Esta última permite al paciente regresar a su domicilio con el ojo destapado, mientras que la primera precisa de 3-4 horas de oclusión ocular. La técnica se practica en quirófano, con la esterilidad necesaria y es importante la colaboración del paciente.

BENEFICIOS

Se me han indicado los beneficios que esta técnica conlleva. El resultado de la cirugía de la catarata es generalmente muy satisfactorio. Sin embargo, e independientemente de las posibles complicaciones que pudieran aparecer, si la falta de transparencia del cristalino impidiese previamente a la intervención el valorar adecuadamente el estado de la retina y nervio óptico, podría darse el caso en el que una operación exitosa y técnicamente perfecta no se acompañase de una recuperación visual acorde con ella.

El objetivo de la intervención es la extracción de la catarata, que en su evolución natural sin tratamiento llevaría a la pérdida de la visión. Por otro lado, la sustitución del cristalino por uno artificial nos permite corregir, con un grado de exactitud aceptable, defectos de graduación (miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia) preexistentes. La extracción del cristalino conlleva la pérdida total de la acomodación, por lo que tras la cirugía, y a no ser que se utilice una LIO multifocal o la técnica de Visión Combinada (monovisión con LIO monofocales), se deberá utilizar corrección óptica para trabajos de visión

próxima. En caso de poder emplear lentes multifocales o la técnica de visión combinada, se le entregará una separata donde se detalla la visión que se pretende conseguir con las mismas. No obstante, el éxito de la cirugía no va ligado a conseguir una graduación final igual a cero dioptrías, por cuanto pequeños defectos refractivos residuales son posibles y no deberían ser considerados como un fracaso. Del mismo modo no se debería considerar un fracaso del tratamiento el tener que utilizar gafas en alguna situación especial (conducción nocturna, lectura de caracteres muy pequeños, etc.) o de modo permanente (de lejos o cerca), en función del tipo de lente empleado según cada caso particular.

COMPLICACIONES

Se me han expuesto las posibles complicaciones que esta técnica puede conllevar: La operación de cristalino es una Cirugía Mayor, y ocasiona un cambio importante en la anatomía del globo ocular. Hay que destacar, que con esta cirugía no se modifican las condiciones previas del ojo (degeneraciones retinocoroideas, predisposición al glaucoma, etc.), que seguirán su curso natural a pesar de la intervención, por lo que se requerirá un seguimiento médico periódico y adecuado tras la cirugía. Aunque se puede considerar como una intervención muy segura, como tal no está exenta de posibles complicaciones, que aunque muy infrecuentes debemos conocer, ya que alguna de ellas puede conducir a una disminución de la mejor agudeza visual corregida (ver, aun con gafas, peor que antes de ser intervenido con ellas).

1. Complicaciones relativas a la técnica anestésica:

Como la anestesia es generalmente tópica (gotas), el riesgo se limita a una posible reacción alérgica al colirio anestésico sin mayores consecuencias. Muy ocasionalmente se practica infiltración anestésica. En este caso las posibles complicaciones son: hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina, lesión del nervio óptico, perforación ocular, reacción toxico-alérgica y depresión cardiorrespiratoria grave, potencialmente mortal.

2. Complicaciones relativas a la técnica quirúrgica:

■ **Problemas de vítreo-retina:**

- Hemorragia Expulsiva: la complicación más grave y menos frecuente (posible pérdida del globo ocular).
- Desprendimiento vítreo posterior con visión de moscas volantes. En caso de acompañarse de un desgarro retiniano precisará de sellado con láser argón.
- Desprendimiento de retina: más frecuente en ojos miopes y tras una intervención intraocular, y obliga a nueva intervención quirúrgica.
- Infección (endoftalmitis): aunque muy poco frecuente, es muy grave (posible pérdida del globo ocular). Si se diagnostica precozmente, puede tratarse con éxito mediante vitrectomía y antibioterapia.
- Edema macular cistoide (se puede tratar médicamente, pero en alguna ocasión puede dejar un déficit notable y persistente en la agudeza visual) u otras maculopatías (membrana epirretiniana, etc.).
- Luxación del cristalino (o restos del mismo) a cámara vítrea. Requiere vitrectomía por especialistas en vítreo-retina).

■ **Problemas corneales:** sequedad ocular, edema de córnea (muchas veces reversible, aunque a veces puede obligar a realizar un trasplante de córnea), desprendimiento de la membrana de Descemet (puede precisar sutura, inyección de aire/gas intraocular u otras técnicas para intentar su reposición).

■ **Subidas tensionales:** se tratan médica o quirúrgicamente. En ocasiones pueden dar lugar a cuadros de glaucoma o dilatación permanente de la pupila.

■ **Uveítis** postoperatoria (responde habitualmente al tratamiento médico), dispersión pigmentaria con atrofia del iris e irregularidades pupilares.

■ **Ametropías** (graduación no deseada): Se deben a variaciones individuales de la respuesta cicatricial de cada ojo a la cirugía o a sorpresas refractivas (resultado refractivo inesperado). Se pueden tratar (siempre que sea posible) con cirugía refractiva (láser o queratotomía astigmática), cambio de la LIO, implante de una segunda lente (piggyback) o mediante el uso de gafas o lentes de contacto.

■ **Problemas con la LIO:**

-Daño del aparato cápsulo-zonular (incluye la rotura de la cápsula posterior). En caso de existir suficiente soporte la LIO puede seguir colocándose en el saco capsular. En caso contrario la LIO deberá situarse en sulcus o en cámara anterior (es posible no poder implantar el tipo de lente planeado inicialmente, en función de la localización del implante) e inclusive podrá realizarse en otro día posterior. Puede precisar vitrectomía.

-Opacificación capsular: aparece al cabo de semanas, meses o años y se trata con láser YAG.

-Inestabilidad o luxación de la LIO (se repara quirúrgicamente en el mismo acto o posteriormente).

-Daño o deterioro de la LIO: Puede ser precoz o tardío y precisar un recambio de la misma.

-Disfotopsia positiva (deslumbramiento, halos, visión borrosa) o negativa (percepción de una semiluna oscura en la periferia del campo visual). Es rara y suele resolverse espontáneamente. En ocasiones excepcionales este síntoma puede precisar medidas quirúrgicas o puede ser permanente.

■ **Neuropatía óptica, fotofobia, descompensación de estrabismos** (en pacientes con catarata y forias o estrabismos preexistentes es posible la aparición de diplopía o visión doble, o el aumento del ángulo del estrabismo tras la cirugía de la catarata), **neuralgia, ptosis** (caída del párpado).

Otras complicaciones no incluidas en el texto pueden ser comentadas si el paciente lo desea.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. He comprendido la naturaleza de la intervención quirúrgica que me ha sido explicada satisfactoriamente. La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización. He informado convenientemente acerca de mis enfermedades oculares y generales para la valoración de posibles contraindicaciones (en mujeres se debe informar sobre embarazo y lactancia). Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio. Entiendo y acepto que la cirugía de cataratas no es una cirugía estética, en cuanto que no va a modificar mi estética corporal, sino una cirugía funcional, en el sentido de devolver la transparencia al ojo y evitar la pérdida de visión progresiva asociada con las cataratas.

Igualmente, se me ha informado de la posibilidad de revocar mi consentimiento, cuando lo desee, sin necesidad de explicaciones previas.

Así pues, y de forma voluntaria, **DOY MI CONSENTIMIENTO**

Para que se me realice la cirugía descrita, así como las operaciones o maniobras que fuesen necesarias durante la intervención quirúrgica, o después de la misma. Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación así como las medidas complementarias oportunas. Para que a la cirugía pueda asistir personal autorizado.

OBSERVACIONES PARTICULARES:

En, a de de.....

Fdo.: El Médico

Fdo.: El Paciente