

1. ¿Qué es? Es un tratamiento de distintas patologías oculares, con láser de neodimio que es un láser que tiene la facultad de conseguir cortar y romper membranas, cápsulas (capsulotomía anterior y posterior), perforar el iris (iridotomía), etc. dentro del ojo, actuando como un bisturí a distancia.

2. ¿Cómo se realiza? Varía según la patología que debamos tratar:

- **Opacidad de la cápsula posterior del cristalino tras la cirugía de la catarata:** se pretende romper la cápsula posterior del cristalino para volver a tener los medios transparentes y mejorar así la visión (es el procedimiento más frecuente para el que se usa éste láser).
- **Cámara anterior estrecha con o sin hipertensión ocular:** se pretende perforar el iris de manera que se comuniquen la cámara posterior del ojo con la anterior, evitando el riesgo del bloqueo angular agudo.
- **Romper sinequias (adherencias) del vítreo:** se pretende evitar tracciones de vítreo que pueden provocar tracciones de la retina.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? Escasos, en comparación con sus beneficios.

- **Frecuentes (más del 10%):** En el caso de la extirpación parcial del iris (iridectomía) es la hemorragia, normalmente leve aunque puede aconsejar detener el procedimiento durante unos días, también la elevación pasajera de la tensión ocular. En el caso de la capsulotomía, principalmente la visión de pequeñas moscas volantes de manera transitoria.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** La inflamación ocular tras el tratamiento puede provocar elevación transitoria de la tensión ocular, siendo excepcional su elevación permanente, precisando en este caso tratamiento médico o quirúrgico. Puede aparecer hemorragia intraocular, deterioro de la lente intraocular o desplazamiento de la misma, que obliguen a una nueva intervención quirúrgica. Las complicaciones retinianas son poco frecuentes, pero susceptibles de provocar una disminución de visión importante: fototoxicidad retiniana, edema macular y desprendimiento de retina.

4. Consecuencias previsibles de su realización: durante la intervención puede aparecer malestar por el uso de una lente de contacto utilizada durante el procedimiento y hemorragia conjuntival por el roce de ésta. La consecuencia previsible de la capsulotomía es la mejoría de la visión si existe lesión en la retina o nervio óptico. Es frecuente encontrar elevación transitoria de la tensión ocular, así como una leve inflamación.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: las consecuencias previsibles dependen de cada procedimiento: En el caso de la opacidad capsular es la disminución progresiva de la visión del ojo. En el caso de la iridectomía, la posibilidad de padecer un glaucoma agudo. En el caso de una brida vítrea, la posibilidad de una inflamación crónica o un edema macular quístico, que provocaría una apreciable disminución de la visión del ojo.

6. Alternativas: alternativas razonables no las hay, ya que precisarían de un procedimiento quirúrgico intraocular.

7. Riesgos en función de su situación: la diabetes, la edad avanzada, la anemia, la inmunodeficiencia o la toma de medicamentos antiagregantes plaquetarios (que debe comunicar al oftalmólogo para su supresión) pueden favorecer la aparición de complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma: