

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

RECAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR

LEY 41/2002, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (BOE 15-11-02)

¿QUÉ ES EL RECAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR?

La cirugía de catarata o bien la cirugía refractiva con lente intraocular, consiste en introducir una lente dentro del ojo con una potencia en función de unos cálculos matemáticos y tablas estadísticas. *La lente intraocular, puede no conseguir un enfoque satisfactorio en la retina, considerando el oftalmólogo la posibilidad de cambiar la lente por otra que se ajuste mejor a sus necesidades.*

Existen lentes intraoculares que se han deteriorado por problemas de fabricación que precisan recambio para recuperar la visión.

¿EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA DE RECAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR?

La operación consiste en la apertura del ojo, sacar la lente y sustituirla por la que se considere adecuada

- **Puede necesitar hospitalización o ser cirugía ambulatoria:** La cirugía ambulatoria precisa de hospitalización durante unas horas pudiendo el paciente ir a dormir a su domicilio.
- **Anestesia:** Habitualmente se realiza con anestesia local, siendo en ocasiones necesaria la anestesia general.
- **Puede ser necesaria una corrección óptica** (gafas o lentillas) después de la cirugía para conseguir la mejor agudeza visual posible.
- **La evolución postoperatoria habitualmente** permite la incorporación a actividades cotidianas de forma progresiva que le irá comentando el oftalmólogo. Así mismo precisa de medicación después de la operación, colirios y ocasionalmente otros tratamientos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN LA CIRUGÍA DE RECAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR

Los riesgos o complicaciones más importantes y graves, aunque muy poco frecuentes, son los **derivados de la anestesia ya sea local o general**, pudiendo ocurrir coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por parada cardio-respiratorio, siendo una complicación excepcional.

Otras complicaciones derivadas de la cirugía: pérdida del contenido intraocular por hemorragia expulsiva, infección grave dentro del ojo, descompensación corneal que puede precisar trasplante de córnea, desprendimiento de retina, glaucoma, visión doble, necesidad de sutura, astigmatismo...

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGÍA DE RECAMBIO DE LIO

La visión puede no recuperarse aunque la operación de recambio de Lente Intraocular sea satisfactoria si existe lesión en otras partes del globo ocular, alteraciones en la retina, patología del nervio óptico, glaucoma, retinopatía diabética, ojo vago, etc.

¿QUÉ SUCEDE SI NO SE OPERA PARA RECAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR?

El propósito del recambio de lente intraocular es conseguir una visión mejor sin corrección óptica fuerte. Generalmente no existe peligro para el ojo si no se cambia la lente intraocular. Existen algunas ocasiones que por infección hay que quitar la lente intraocular pudiendo hacer recambio en un segundo tiempo.

D/ª: _____ Fecha: _____

He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo. La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización, así pues **de forma voluntaria:**

Doy mi consentimiento para que se me realice la **Cirugía de Recambio de Lente Intraocular** así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.

Doy mi consentimiento para que en la intervención participen médicos en formación y pueda asistir personal autorizado.

Doy mi consentimiento para que se puedan realizar fotografías y/o grabar la intervención quirúrgica así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.

He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones.

Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.

Soy consciente que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Institución/Clinica/Dr.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR : Debido a que el paciente ha sido considerado no capacitado para aceptar o rechazar la cirugía descrita, por todo ello **YO:**

D/ª _____ DNI _____

como _____ **doy mi consentimiento** para que se realice la operación, asumiendo los riesgos y complicaciones que puedan aparecer. Puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno.

FIRMA DEL TUTOR O FAMILIAR

* Este documento forma parte de los consentimientos informados elaborados por la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva (S.E.C.O.I.R.).