

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

\_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA REPARACIÓN DE IRIS MEDIANTE SUTURA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

## **LO QUE USTED DEBE SABER**

### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención a la que usted va a someterse consiste en el cierre parcial de los bordes del iris por medio de una sutura para conseguir una pupila lo más anatómica posible. Dicho tratamiento estaría indicado en los casos en que la pupila ha quedado agrandada o alterada en su forma por cirugías previas, traumatismos oculares, etc. y produce visión doble (diplopía monocular), destellos o alteración estética importante

### CÓMO SE REALIZA

Habitualmente con anestesia tópica (gotas) o con anestesia loco-regional (inyección del anestésico por detrás del ojo). No requiere hospitalización y podrá irse a casa tras la intervención.

Para acceder al iris hay que entrar en el ojo a través de varias incisiones en la córnea, a través de las cuales se introducen los instrumentos y se realiza la sutura del mismo, intentando dejar un espacio pupilar lo más anatómico posible.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Los primeros días tendrá visión borrosa, el ojo estará enrojecido, posiblemente sienta algo de molestias (dependiendo de la inflamación que se produzca) y lagrimeo. Todo irá mejorando de forma progresiva con el tratamiento que le pondrá su médico y con el paso de los días.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La pupila grande o los agujeros del iris producen habitualmente deslumbramientos molestos, visión doble monocular y alteraciones en la estética de ojo, todo esto debe mejorar tras la intervención.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

### **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Hemorragia en cámara anterior que se va resolviendo en los días siguientes.
- Hematoma palpebral (en los párpados) leve -moderado si se ha empleado anestesia loco-regional.
- Hemorragia conjuntival.
- Hipertensión ocular transitoria tras la intervención y que cede con tratamiento oportuno.

- Que permanezca cierto grado de deslumbramiento

**LOS MÁS GRAVES:**

- Los derivados de la anestesia loco-regional (perforación del globo ocular con hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, hemorragia orbitaria retroocular que pudiera hacer suspender la intervención. visión doble postoperatoria temporal o permanente, caída del párpado superior de carácter temporal o permanente).
- Otras complicaciones derivan de la propia intervención, la pérdida completa de visión o incluso de ojo por hemorragia expulsiva o por infección grave (panoftalmía), ocurriendo estadísticamente estas complicaciones en menos del 1% de las intervenciones.
- Puede producirse opacificación de cápsula anterior del cristalino o incluso rotura de la misma que conllevaría el planteamiento de la extracción del cristalino en el mismo acto quirúrgico.
- Por último, hay otra serie de complicaciones graves que en algunos casos requerirían una segunda intervención para intentar solucionarlas como puede ser: la hemorragia masiva en cámara anterior (hifema); la queratopatía bullosa, o la alteración de la córnea, que precisaría un trasplante; el desprendimiento de retina, subida de la presión intraocular. la rotura de la sutura del iris o de la córnea, con reapertura de la herida, pérdida vítrea, cicatriz filtrante o incluso enfermedades de la retina (maculopatías) bien existentes previamente o bien secundarias a la intervención que impedirían la recuperación visual, así como otras complicaciones de menor importancia.

**OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====  
No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico