

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN PERIOCLAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en la inyección de medicamentos alrededor del ojo, mediante una aguja fina, bien debajo de la conjuntiva del ojo (subconjuntival), alrededor del globo ocular (peribulbar) o detrás del globo ocular (retrobulbar). Esta vía es ideal para conseguir que se liberen al ojo altas concentraciones de fármacos como antibióticos, vasodilatadores, antiinflamatorios, etc.

En otros casos, se utiliza para obtener muestras para análisis (punciones diagnósticas) en el caso de tumores o inflamaciones cuya naturaleza haya que aclarar o para drenar (punciones terapéuticas) colecciones de aire, sangre o pus alrededor del ojo.

Se realiza en consulta o en quirófano con anestesia local en gotas como en el caso de las subconjuntivales, y sin anestesia en las retrobulbares.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos imprevistos.

La finalidad es aplicar el tratamiento más apropiado para curar su enfermedad ocular, disminuir su progresión y aliviar los síntomas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos poco frecuentes pero graves:

- Perforación ocular.
- Reacciones alérgicas a la medicación, como crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia.
- En el caso de corticoides, elevación transitoria de la presión intraocular (es muy rara la elevación permanente).
- Infección.
- Celulitis.
- Cambios de pigmentación en la conjuntiva o piel.
- Perforación ocular.
- Hemorragia con formación de un hematoma orbitario y pérdida de visión.
- Infiltración del nervio óptico con el fármaco que podría tener consecuencias fatales.
- Reacción vagal: mareos.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Inyecciones intraoculares de fármacos similares.
- Cirugía en los casos de punciones diagnósticas o terapéuticas.

AUTORIZACIÓN PARA "INYECCIÓN PERIOcular"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Oftalmología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Fdo. Paciente: