

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El desprendimiento de retina es una enfermedad ocular grave que está causada la mayoría de veces por la presencia de uno o varios desgarros o agujeros en la retina.

El procedimiento para recolocar la retina en su lugar se puede realizar de distintas formas, en función del tipo, localización, tamaño y tiempo de evolución del desprendimiento y del estado general del paciente. Para ello se pueden emplear diferentes técnicas quirúrgicas:

☐ **Vitrectomía:** es una técnica quirúrgica en la que se sustituye el humor vítreo por suero, gases o aceite de silicona para poder así recolocar la retina. Para sellar las posibles roturas en la retina que se usará láser y/o tratamiento con crioterapia

☐ **Indentación escleral o cerclaje:** consiste en la aplicación de un implante sobre la esclera que provoca un abombamiento local de la pared ocular hacia el interior del ojo acercándola a la retina (en el caso de la indentación escleral) o un abombamiento circular de toda la periferia retiniana (en el caso del cerclaje).

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

La intervención se hace con anestesia local, con o sin sedación, y en algunos casos puede estar indicada la anestesia general.

La finalidad de las diferentes técnicas es la recuperación anatómica y funcional de la retina para alcanzar la máxima agudeza visual posible y evitar un nuevo desprendimiento.

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 frecuentes:

- Inflamación.
- Hemorragias intraoculares (durante la intervención).
- Lesiones en los tejidos oculares, incluida la propia retina.
- Dolor leve, moderado y/o intenso.
- Aumento de la tensión intraocular.
- Formación de cataratas.
- Nuevo desprendimiento de retina.
- Hemorragias orbitarias.
- Visión doble.
- Reacciones alérgicas.

- Perforación del ojo.

Riesgos muy poco frecuentes y graves:

- Infección intraocular grave a los pocos días o incluso meses después de la cirugía.
- Hemorragia expulsiva que puede ocasionar pérdida de la visión de forma permanente.
- Afectación del sistema nervioso central por infiltración anestésica.
- 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)*

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

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

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA"

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

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: