

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE FÁRMACOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La mácula es la zona central de la retina y responsable de la visión central o de precisión que utilizamos, por ejemplo, para leer, escribir o reconocer las caras.

Hay diferentes enfermedades que pueden producir alteraciones de la visión, como son el edema macular, la degeneración macular, la retinopatía diabética, la obstrucción de las venas de la retina y otras afecciones del ojo que ocasionan inflamación intraocular.

Para el tratamiento de estas enfermedades se utilizan inyecciones de fármacos intraoculares como son los llamados antiangiogénicos, antibióticos y/o corticoides. Estos medicamentos actúan impidiendo el crecimiento de los vasos sanguíneos patológicos y deteniendo la evolución de la enfermedad y la inflamación crónica del ojo.

Esta técnica consiste en aplicar unas gotas de anestésico en el ojo, seguido de un lavado con antiséptico para esterilizar la zona y disminuir el riesgo de infección. Un pequeño dispositivo (espéculo ocular) mantiene los párpados abiertos. Se inyecta el fármaco de forma directa dentro del ojo, a nivel de la cavidad vítreo (en la parte posterior del ojo).

Tras el tratamiento puede notar el fármaco, de forma transitoria o permanente en forma de una sombra que se mueve, "mosca volante".

Este tratamiento se utiliza de forma crónica por lo que puede precisar varias inyecciones al año y en determinados casos durante algunos años.

La finalidad del tratamiento es recuperar parcial o totalmente la visión y detener o retrasar la evolución de la enfermedad. De no ser tratado, puede producir la pérdida completa de la visión central.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Molestias o dolor leve en el ojo.
- Enrojecimiento y visión borrosa de duración corta y transitoria.
- Hemorragia subconjuntival (sangre debajo de la conjuntiva).
- Aumento de la presión intraocular que suele ser transitorio.
- Inflamación ocular sin infección.

Riesgos muy poco frecuentes y graves:

- Hemorragia intraocular.
- Infección intraocular.

- Desprendimiento de retina.
- Pérdida de visión y de forma muy excepcional pérdida del ojo.
- El tratamiento con corticoides cuando se usa de forma repetida puede provocar la aparición de catarata y producir hipertensión ocular o glaucoma.
- Alergia a los fármacos utilizados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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:

- Fotocoagulación láser.
- Técnicas de láser subumbral.

AUTORIZACIÓN PARA "INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE FÁRMACOS"

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./Dª. , 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: