

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LESIONES TUMORALES DE RETINA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La retina es una capa de tejido que se encuentra en la parte posterior del ojo. Es fundamental para la visión, ya que convierte la luz en señales que el cerebro interpreta como imágenes. Cuando aparece un tumor en la retina, puede afectar seriamente la visión y la salud del ojo.

Esta cirugía es compleja y se realiza para tratar tumores dentro del ojo como el retinoblastoma (en niños) o el melanoma uveal (en adultos).

Para la realización de esta intervención se utilizan técnicas de microcirugía ocular con instrumentos muy finos y un microscopio para acceder a la retina.

En muchos casos se hace una vitrectomía, que consiste en quitar el gel transparente del interior del ojo (humor vítreo) para poder acceder al tumor.

Según el tipo y tamaño del tumor, también pueden emplearse tratamientos como el uso de láser para destruir las células tumorales o la radioterapia intraocular, que se aplica localmente mediante una placa de braquiterapia, con el objetivo de reducir o eliminar el tumor.

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

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

La finalidad de esta cirugía es eliminar o reducir el tumor, evitar que se propague o cause más daño. Además, busca preservar la mayor visión posible y mantener la salud del ojo.

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 y leves:

- Dolor o molestias en la zona.

Riesgos graves:

- Pérdida de visión parcial o total, dependiendo de la extensión del tumor y la cirugía.
- Visión borrosa o distorsionada, que en algunos casos puede ser temporal o permanente.
- Sangrado durante o después de la cirugía.
- Infección intraocular (endoftalmitis).
- Desprendimiento de retina.
- Glaucoma secundario.
- Sequedad ocular.

- Inflamación persistente.
- Catarata.
- Cicatrices anormales o antiestéticas.
- Nueva aparición del tumor.
- Daño en estructuras cercanas del ojo como el nervio óptico o el cristalino.
- 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:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Enucleación.
- Exenteración.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LESIONES TUMORALES DE RETINA"

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

| | |
|--------------------------------|-------------------------|
| Firma del representante legal: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: Servicio de |

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: