

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VITRECTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La vitrectomía es una cirugía ocular que consiste en extraer el humor vítreo (una sustancia gelatinosa dentro del ojo) cuando está dañado o afecta a la visión.

Esta técnica se utiliza en casos de hemorragias dentro del ojo, desprendimiento de retina, presencia de tejido cicatricial o sustancias que impiden ver bien, en infecciones o cuerpos extraños dentro del ojo después de una lesión o en enfermedades como la retinopatía diabética, entre otras.

Para extraer el humor vítreo se hacen pequeñas incisiones en la parte blanca del ojo y se colocan unos trócares que permiten introducir instrumentos dentro del ojo. Se extrae el humor vítreo y, si es necesario, tejido cicatricial de la retina o cualquier objeto extraño. Después se repara la retina dañada con láser u otros métodos.

A menudo, este procedimiento se combina con otras técnicas, como la introducción de sustancias dentro del ojo (por ejemplo, colorantes para teñir la retina, líquidos de perfluorocarbono, gas, aire o aceite de silicona), la aplicación de frío, la colocación de implantes o bandas de sujeción, la toma de muestras del interior del ojo o la cirugía de cataratas.

Cabe la posibilidad que el proceso quirúrgico inicial planteado pueda variar en función de los hallazgos intraoperatorios y la aparición de complicaciones.

En algunos casos puede requerir más de una cirugía para lograr la curación. Se suele hacer con anestesia local, siendo necesario, a veces, la anestesia general.

La finalidad de esta cirugía es recuperar o preservar la visión. Reconstruir el interior del ojo y evitar que una infección dañe permanentemente el 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:

- Inflamación ocular.
- Dolor leve, moderado y/o intenso.
- Hemorragia subconjuntival (sangre debajo de la conjuntiva).
- Lesiones en los tejidos oculares, incluida la propia retina.
- Aumento de la tensión intraocular.
- Formación de cataratas.
- Hemorragias orbitarias.
- Visión doble o deformada.

Riesgos muy poco frecuentes y graves:

- Desprendimiento de retina en el caso de cirugía macular o después de una cirugía previa de desprendimiento de retina.
- 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.
- Perforación del ojo.
- En caso de desprendimiento de retina, pérdida funcional, que puede producir una ceguera irreversible, y en raras ocasiones inflamación crónica.
- Reacciones alérgicas.
- 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

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

Si no se realiza el tratamiento, la enfermedad puede avanzar de forma natural hacia una pérdida de visión. En los casos que requieren cirugía macular, esto puede significar la pérdida de la visión central. En el caso de un desprendimiento de retina, la pérdida puede ser total, lo que podría llevar a una ceguera irreversible. En raras ocasiones, también puede desarrollarse una inflamación crónica que cause dolor ocular permanente.

AUTORIZACIÓN PARA "VITRECTOMÍA"

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: