

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Orden de la Generalitat de Catalunya, (DOGC nº 1477 de 7-8-1991)

CIRUGÍA DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

¿QUÉ ES EL DESPRENDIMIENTO DE RETINA?

El desprendimiento de retina es una enfermedad que afecta severamente la visión y que debe ser intervenida. Está originado por un desgarro en la retina que provoca secundariamente la separación de ésta del epitelio pigmentado en el fondo de ojo acumulándose el gel vítreo fluido entre ambas capas. Existen muchos tipos de desprendimientos de retina en función del número de desgarros, de la superficie de retina desprendida y del grado de inflamación asociado.

¿CUÁNDO SE INDICA LA CIRUGÍA?

El desprendimiento de retina debe tratarse en el curso de días ya que la cronicidad en el cuadro empobrece el pronóstico. Los desgarros retinianos sin desprendimiento asociado constituyen una urgencia terapéutica de primer orden.

¿CÓMO SE REALIZA?

Cuando únicamente existe un desgarro retiniano o la bolsa de desprendimiento de retina es muy pequeña el tratamiento de elección es la fotocoagulación láser o la crioterapia para bloquear su avance.

Los desprendimientos de retina más extensos requieren cirugía. El elemento fundamental en el tratamiento es el cierre de los desgarros que han originado el cuadro. Existen dos técnicas quirúrgicas que se pueden realizar de manera conjunta o separada dependiendo del caso.

- La cirugía escleral consiste en la colocación de piezas de silicona que comprimen el globo ocular desde la pared escleral con el fin de indentar los desgarros retinianos y reducir la tracción vítreo existente. Es una cirugía donde se trata el desprendimiento de retina “desde fuera”.
- La vitrectomía es una técnica quirúrgica que pretende reaplicar la retina “desde dentro” eliminando el gel vítreo y las tracciones que éste genera y que han originado el desgarro retiniano y el consiguiente desprendimiento. Se suelen dejar unas sustancias dentro del ojo en forma de gas o de aceite de silicona con el fin de comprimir internamente la parte tratada. Por ello los pacientes deberán realizar diferentes posiciones con la cabeza durante varios días para situar la burbuja dejada en la cirugía allá donde más convenga. El gas se reabsorbe espontáneamente mientras el aceite de silicona debe retirarse en un segundo tiempo quirúrgico.

POSIBLES RIESGOS

- Como cualquier tipo de cirugía tiene riesgos de infección (a pesar de realizarse en un ambiente de máxima asepsia, suele ser excepcional) y de hemorragia (la importancia de la misma depende de la localización y cuantía).
- Re-desprendimiento de retina dependiendo de la extensión, cronicidad e inflamación existentes.
- Formación de una catarata o aceleración de una existente.
- Quistes de Tenon, complicaciones conjuntivales siendo poco frecuentes.

D/ª:

Fecha:

- He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en su caso se aplique.
- Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, **doy mi consentimiento:**

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.
- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.
- Para que pueda asistir personal autorizado a la cirugía.
- Para que, en caso de que exista un contacto accidental (pinchazo o salpicadura) de mi fluido biológico (sangre, orina, etc) con uno de los profesionales del Centro, se me practique como Medida de Prevención de Riesgos Laborales, una extracción de sangre y una posterior analítica para determinar VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Dr./Dra.

TUTOR LEGAL o FAMILIAR:

D/ª:

DNI:

FIRMA DEL TUTOR o FAMILIAR