

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

VITRECTOMÍA

¿QUÉ ES EL VÍTREO?

El vítreo es un tejido localizado en el interior del globo ocular, limitado por delante por el cristalino y por detrás por la pared interna del ojo, conocida como la retina. Su composición es similar al de un gel incoloro y visoso y se le conoce como cuerpo o humor vítreo.

¿EN QUÉ CONSISTE LA VITRECTOMÍA?

La vitrectomía es un procedimiento quirúrgico que tiene como fin principal la extracción del cuerpo vítreo fuera del globo ocular. Una vez realizada esta operación, el espacio ocupado previamente por el cuerpo vítreo, pasa a ser ocupado por un líquido intraocular que genera el ojo y que se conoce como humor acuoso.

¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO REALIZAR ESTA OPERACIÓN?

Está indicada en situaciones donde existan cambios patológicos del vítreo. Estos cambios pueden ser *adquiridos* -como la turbidez vítrea asociada a los procesos degenerativos, inflamatorios y tumorales o la turbidez vítrea ocasionada por una hemorragia intraocular- o *congénitos*, -como los cambios derivados de las anomalías del desarrollo que afectan a los vasos sanguíneos de la retina o del vítreo-.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDE TENER ESTA INTERVENCIÓN?

Los beneficios asociados a la vitrectomía pueden ser de tipo *terapéutico*, cuyo objetivo es mejorar la condición del globo ocular -como ocurre en los casos donde existen opacidades vítreas degenerativas o hemorrágicas- o de tipo *terapéutico-diagnóstico*, donde además de lo anterior se intenta buscar y atajar la causa de la alteración vítrea.

¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN ASOCIARSE A UNA VITRECTOMÍA?

Aunque pueden variar dependiendo de la predisposición de cada paciente, en general las complicaciones post-operatorias son muy poco frecuentes. La infección es sin duda la complicación más temible, aunque es necesario señalar que, dentro de las intervenciones oculares, la vitrectomía es la causa menos frecuente de infecciones post-operatorias.

Otras posibles complicaciones podrían ser:

- Desgarro y/o desprendimiento de la retina
- Hemorragia post-operatoria
- Formación de una catarata o aceleración de la ya existente
- Elevación de la presión intraocular
- Relacionadas con la córnea: erosiones recurrentes, queratitis filamentosa, queratopatía bullosa

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