

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

### **CIRUGÍA DEL AGUJERO MACULAR**

#### ¿EN QUÉ CONSISTE?

La cirugía del agujero macular consiste en realizar una Vitrectomía vía pars-plana y una extracción de la Hialoides posterior así como de la Membrana Limitante Interna en determinados casos, al mismo tiempo se coloca un gas expansivo ( C3F8 al 15% ) que permanece en el ojo por un periodo aproximado de treinta días, durante los cuales experimenta una reabsorción lenta y progresiva.

Durante el periodo de permanencia del gas intraocular están contraindicados los viajes en avión así como la ascensión rápida a puntos situados a más de 1000 metros por encima del nivel del mar. Asimismo deben evitarse anestésicos como el Protóxido que pueden hacer aumentar el volumen del gas intraocular.

El paciente debe realizar decúbito prono estricto durante las primeras 24 h y posteriormente únicamente dormir en decúbito lateral sobre el lado opuesto al operado.

Esta técnica quirúrgica se combina con extracción del cristalino simultánea debido a la alta incidencia de cataratas que se produce con el uso de gases expansivos para evitar una segunda cirugía a corto plazo.

La efectividad de esta técnica se basa en el estímulo cicatricial que se genera con la misma y depende en gran medida a las posiciones que debe realizar el paciente según se indica. El índice de cierre del agujero macular es del 85 % de los casos; en estos se produce una mejoría de la agudeza visual que varía en función del estadio del agujero macular, tamaño de mismo, tiempo de evolución y estado en que se encuentra el epitelio pigmentario de la retina.

#### RIESGOS Y COMPLICACIONES

Las posibles complicaciones que pueden aparecer derivadas de la técnica son desgarros periféricos que pueden ocasionar desprendimiento de retina secundario con una incidencia aproximada de un 5 %, endoftalmitis infecciosa con una incidencia de 0,5 por 1000 y alteraciones en la presión intraocular debido al uso de gases expansivos.

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