

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El desprendimiento de retina (DR), consiste en la separación de ésta del resto de las capas concéntricas del ojo, ocasionado en la mayoría de las veces por uno o varios agujeros en la retina y en un porcentaje menor por una tracción, inflamación o tumor intraocular.

Para recolocar la retina en su lugar, existen diversos procedimientos que se realizarán en función del tipo, localización, tamaño y tiempo de evolución del desprendimiento y del estado general de la persona.

CÓMO SE REALIZA

Las distintas técnicas a realizar, que pueden asociarse entre sí, son:

a. Vitrectomía:

Es una técnica quirúrgica en la que se sustituye el humor vítreo por suero, gases o aceite de silicona para poder así reposicionar la retina, actuando en el interior.

b. Indentación escleral:

Consiste en la aplicación de un implante sobre la esclera (capa externa blanca del ojo) que provoca un abombamiento local de la pared ocular hacia el interior del ojo aproximándola a la retina.

c. Criopexia:

Aplicación de frío a través de una sonda que se pone en contacto con la esclera con el objeto de crear una cicatriz que suelde la retina a la coroides y tapone el agujero causante del desprendimiento.

d. Fotocoagulación:

Consiste, al igual que el frío, en la creación de una cicatriz coriorretinana que tapone el agujero o desgarro retiniano; pero en este caso es mediante una quemadura originada por el láser. Se puede aplicar asociado a la vitrectomía o mediante lentes especiales desde el exterior del ojo.

Inyección intraocular de gas:

Se inyecta dentro del ojo una pequeña cantidad de gas que forma una burbuja que empuja la retina aplicándola a la coroides para facilitar su adherencia. Se acompaña de un tratamiento postural asociado a fotocoagulación o Criopexia.

La elección de la anestesia, que puede ser general o local (inyección de anestésico local retrobulbar o peribulbar), va a depender de varios factores como pueden ser:

- Estado general de la persona.
- Técnica quirúrgica por emplear.
- Duración de la intervención.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

En caso de realizarse anestesia general no percibirá ni recordará estímulo alguno durante la intervención; de realizarse con anestesia local sentirá dolor leve o molestias durante la inyección del anestésico. Si el anestesista lo considera necesario le administrará medicación destinada a conseguir una mayor relajación y un mayor confort durante la cirugía.

En el caso de que se le inyecte gas intraocular tendrá que guardar reposo en una determinada posición, en función de la localización de las roturas retinianas, durante un número variable de días.

Dolor en el postoperatorio que suele tratarse con analgésicos.

Necesidad de mantener un tratamiento local con colirios y pomadas además de un tratamiento general durante el tiempo que le sea indicado.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El objetivo de las diferentes técnicas anteriormente descritas es la recuperación anatómica y funcional de la retina, tratando de alcanzar la máxima agudeza visual posible y evitar la recurrencia del cuadro.

Tras la cirugía el ojo presentará un grado de inflamación mayor o menor dependiendo del procedimiento realizado. Si la respuesta del ojo es buena, se irá recobrando visión progresivamente en el curso de los siguientes 6 a 12 meses.

Con las técnicas quirúrgicas actuales, aproximadamente el 90 % de todos los DR pueden ser reaplicados.

Con relativa frecuencia, se requiere más de una intervención.

Aproximadamente el 40% de los DR tratados con éxito alcanzan una visión buena, el resto suelen alcanzar grados variables de visión que puede ser útil tanto para la lectura como para la deambulación, que va a

depender de las características del propio desprendimiento, su localización y el tiempo de evolución y no de la eficiencia del cirujano.

El grado de visión final dependerá de varios factores, siendo el pronóstico peor en los casos que exista afectación de la mácula, la retina haya estado desprendida durante un largo periodo de tiempo, exista proliferación vitreoretiniana o se hayan necesitado dos o más intervenciones.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Las más habituales son dolor en el postoperatorio leve a moderado que puede ser intenso y puede durar incluso varios meses, aumento de la tensión intraocular, formación de cataratas y nuevo desprendimiento de retina.

Durante la intervención se puede producir:

Hemorragias intraoculares que dependiendo de su cuantía empeorará en mayor o menor grado el pronóstico visual del paciente.

Lesiones en los tejidos oculares, incluida la propia retina.

Imposibilidad de visualizar adecuadamente los desgarros retinianos, que puede obligar a postponer la intervención para intentar de nuevo mediante otro procedimiento diferente al planificado.

• LOS MÁS GRAVES:

Durante la cirugía: Muy poco frecuentes y muy grave, es la llamada hemorragia expulsiva, y que conlleva la pérdida de la visión.

Tras la cirugía: Muy poco frecuente y muy grave. Infección intraocular (endoftalmitis) pocos días o incluso meses después de la cirugía, que requiere un tratamiento muy agresivo y que puede llevar a la pérdida de la visión e incluso a la pérdida del ojo.

Los riesgos más importantes, aunque muy raros y poco frecuentes pueden ser derivados de la anestesia, sea local o general.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....