

Tratamiento mediante inyección intraocular de sustancias o extracción de muestras del interior del globo ocular

Nº de Historia: _____

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de Don/Doña.: _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO MEDIANTE INYECCIÓN INTRAOCULAR DE SUSTANCIAS O EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DEL INTERIOR DEL GLOBO OCULAR.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La administración de ciertos fármacos o gases dentro del ojo mejora su eficacia, siendo en ocasiones la única vía por la que éstos pueden ser efectivos. Sus aplicaciones son muy variadas dependiendo de las sustancias al inyectar, que pueden ser gases que mecánicamente ayudarán a solucionar un desprendimiento de retina, antibióticos en infecciones intraoculares, corticoides en ciertas afecciones retinianas, fibrinolíticos para romper mallas de fibrina, etc.

Asimismo puede estar indicada la extracción de muestras intraoculares para su estudio y/o análisis en ciertas enfermedades.

Se realiza ambulatoriamente, en consulta o en quirófano con anestesia local tópica (gotas). Las inyecciones se realizan en el segmento anterior del ojo (cámara anterior) y/o en el segmento posterior (cámara vítrea).

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Aumentar la eficacia, al conseguir que determinados medicamentos necesarios para la curación o alivio de la enfermedad penetren en el ojo, de manera eficaz y a dosis suficiente.

Obtener muestras del interior del globo ocular para poder saber con exactitud el diagnóstico o causa de una enfermedad concreta, o en algunos casos (infecciones) conocer qué tipo de germen es el causante del proceso y averiguar a qué antibióticos es más sensible para así aplicar un tratamiento más exacto y eficaz.

En otros casos, es la mejor forma de lograr una función mecánica de taponamiento de los agujeros de la retina y su sujeción (desprendimientos de retina).

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, en determinadas ocasiones se pueden emplear otros tratamientos alternativos, cirugía en el caso del desprendimiento de retina y, en el caso de infecciones graves tratamientos intravenosos, sin embargo, se consideran imprescindibles las inyecciones

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Aumentar las posibilidades de obtener la curación de la infección o proceso inflamatorio que afecta al paciente.

Conseguir una reaplicación de la retina en casos de desprendimiento de retina gracias a la acción del gas expansivo introducido.

Si no se realiza, en caso de infección, es mucho más probable la pérdida del globo ocular así como la pérdida de la capacidad de visión del ojo en caso de patología inflamatoria, a veces asociada a fenómenos dolorosos.

En caso de desprendimiento de retina llevará a la pérdida total de la visión, salvo que se realice cirugía como alternativa.

Toda intervención comporta algún tipo de riesgo. En este caso hay que tener presente:

Elevación transitoria de la presión intraocular (siendo excepcional su elevación permanente, precisando en este caso tratamiento médico o quirúrgico).

Infección intraocular, cuando la punción se realiza con fines diagnósticos en procesos inflamatorios y/o desprendimiento de retina.

Catarata, por el traumatismo de la inyección o por acción del propio medicamento utilizado.

Existen otras complicaciones poco frecuentes pero susceptibles de provocar una disminución de visión importante: sangrado, desprendimiento de retina.

Debido a la acción de la anestesia local pueden producirse reacciones a la medicación, alteraciones generales (crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia), que en determinados casos obliga suspender la inyección que puede reintentarse con posterioridad.

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: _____

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, y después de haber informado al médico de mis enfermedades generales y oculares que pudieran contraindicar la cirugía, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice **TRATAMIENTO MEDIANTE INYECCIÓN INTRAOCULAR DE SUSTANCIAS O EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DEL INTERIOR DEL GLOBO OCULAR**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado