

## Consentimiento informado para inyección intravitrea de Jatreá (Ocriplasmina)

Jetreá se utiliza para tratar a adultos que presentan tracción Vitreomacular (VMT), incluidos los casos que tienen asociado un agujero macular.

A medida que se envejece, el humor vítreo se desprende de la retina de forma natural. En ocasiones no se desprende totalmente y permanece pegado a algunas zonas de la retina, especialmente a la mácula. Esto es lo que se conoce como adhesión vitreomacular.

Estas zonas de adhesión vitreomacular pueden ejercer una fuerza de tracción sobre la mácula, ocasionando una enfermedad llamada tracción vitreomacular (VMT). Con el tiempo, la VMT puede desencadenar la formación de un agujero en la mácula.

La VMT puede ocasionar síntomas como: visión distorsionada, agudeza visual disminuida (menor nitidez de la visión).

En algunas personas la VMT provoca al final un agujero macular. Sus síntomas pueden incluir la aparición de un punto o zona ciega (sin visión) en el centro del campo visual.

JETREA contiene Ocriplasmina, una proteína que actúa separando el humor vítreo de la mácula. Puede disminuir los síntomas de la VMT y favorecer el cierre del agujero macular si existe.

### ADMINISTRACION Y SEGUIMIENTO

JETREA se administra en una inyección en el ojo una sola vez (inyección intravítrea). Anestesia tópica. Es posible que su médico u oftalmólogo le pueda indicar el empleo de un colirio antibiótico antes de la inyección para prevenir una posible infección. Después de ponerle la inyección es posible que también se lo recomiende y le realizará un seguimiento.

Durante la primera media hora después de la inyección, puede realizarle una prueba llamada tonometría u otras pruebas para comprobar que no le ha subido la presión dentro de su ojo.

### COMPLICACIONES

Al igual que otros medicamentos, JETREA puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran.

Puede experimentar una disminución de la visión durante un breve periodo de tiempo inmediatamente después de la inyección. Probablemente la parte blanca del ojo se vuelva roja en el lugar donde se le administró la inyección. Este enrojecimiento es normal y desaparecerá en unos pocos días.

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Si después del tratamiento nota dolor ocular, visión considerablemente borrosa o disminuida, aumento de la sensibilidad a la luz, ojo rojo, secreción ocular purulenta, debe contactar con su oftalmólogo inmediatamente. Asimismo, no se debe frotar los ojos ni sumergirse durante al menos 3 días después del tratamiento.

Aunque las complicaciones severas afecten al resto del organismo son muy raras, en el caso de sentir dolor abdominal con vómitos y estreñimiento, sangrado anormal, dolor en el pecho, dificultades al hablar, dolor de cabeza importante, debilidad de alguna extremidad, debe contactar con un Servicio de Urgencias Médicas.

## CONSENTIMIENTO

D./Dña. \_\_\_\_\_, **como paciente**, o

D./Dña. \_\_\_\_\_, **como representante**

**legal**, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente DECLARO que he sido debidamente informado/a por el facultativo responsable y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a que se me administre la medicación. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la administración.

Y para que así conste firmo el presente original, después de leído y por duplicado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**

## DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (Táchese lo que NO proceda)

D./Dña. \_\_\_\_\_,

**No autorizo** la realización de \_\_\_\_\_

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha . ò õ . / ò õ õ õ õ õ õ ò õ õ õ . y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**