

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La retina es una membrana fina, transparente, que recubre por dentro las paredes del globo ocular y funciona como una película fotográfica. La mayoría de los desprendimientos de retina (DR) están causados por la presencia de uno o varios desgarros o agujeros retinianos debidos al envejecimiento o más frecuentemente a la retracción del cuerpo vítreo (líquido gelatinoso que rellena el interior del ojo), a un crecimiento anormal del ojo (algunas veces debido a miopía), una inflamación o un traumatismo. Si la retina es recolocada en su lugar normal en un corto período de tiempo (días) y si la respuesta del ojo es buena, irá recobrándose visión progresivamente en el curso de los siguientes 6 a 12 meses. En algunos, al finalizar la intervención se deja aire, gas o aceite de silicona en el ojo, que obliga al paciente a guardar una determinada posición durante los días siguientes.

A veces, cambia la graduación del ojo, necesitando lentes correctores o modificando los previos.

Con las técnicas quirúrgicas actuales, aproximadamente el 90% de todos los DR pueden ser reaplicados, conservando cierto grado de visión y evitando la ceguera. Sin embargo, el grado de visión final (12 meses después de cirugía con éxito) dependerá de varios factores. En general, se recobrará menos visión cuando la retina haya estado desprendida durante un largo período de tiempo o bien exista crecimiento fibroso en la superficie de la retina. Aproximadamente el 40% de los DR tratados con éxito alcanzan una visión buena. El resto alcanza grados variables de visión que puede ser útil tanto para la lectura como para la deambulacion. Si la retina no puede reaplicarse, el ojo continuará perdiendo visión, pudiendo acabar ciego.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el cirujano. Es necesario advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

¿En qué consiste la cirugía?

Los objetivos del tratamiento son llevar la retina a su sitio mediante la colocación de cinturones, trozos de silicona o introduciendo una burbuja de gas especial y cerrar el desgarrro creando una cicatriz en los bordes, congelándolos o aplicando láser.

Los casos más complicados de desprendimiento retinal se intervienen mediante Vitrectomía, realizando una cirugía muy compleja desde el interior del ojo.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Por otro lado, tanto el desprendimiento de retina como la cirugía que se requiere para corregirla pueden producir o acelerar una catarata o un glaucoma previo, siendo en algunos casos necesario realizar otra cirugía para solucionarlo.

Una sola intervención puede no ser suficiente para lograr la curación, quedando la retina desprendida al día siguiente o apareciendo un nuevo desprendimiento durante las primeras semanas o meses. El pronóstico empeora cuantas más intervenciones sean necesarias para controlar la enfermedad.

No siempre se recupera la visión que se tenía antes del desprendimiento.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Dolor leve en el postoperatorio, o en algún caso intenso y de varios meses.
- Puede llegar a producirse la pérdida total de la visión en algunos casos.
- En ocasiones el ojo puede sufrir una inflamación intensa acompañada de fuertes dolores, con atrofia del ojo.
- Son muy raros los casos en que se produce una infección del contenido ocular, pero esta es muy grave, pudiendo conducir a la pérdida de visión e incluso del ojo.
- Otras complicaciones a mencionar incluyen la catarata intra y post-operatoria, glaucoma secundario, roturas retinales intra y post-operatorias, desprendimiento retinal intra y post-operatorio, perfluorocarbono sub-retinal, encarcelación de retina y/o vítreo, Endoftalmitis, hemorragia vítrea recurrente, acumulación masiva de fibrina postoperatoria, desprendimiento coroideo, hemorragia coroidea, edema macular cistoide, quemaduras maculares, úlcera corneal, queratopatía en banda (por aceite de silicón), oftalmía simpática, ptosis bulbi (atrofia del ojo), ptosis palpebral , diplopia. (Visión doble).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Tratamiento alternativo: Para solucionar este tipo de patología, actualmente no existe un tratamiento alternativo eficaz.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente **(marque con una X)**:

Ojo derecho

Ojo Izquierdo

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Desprendimiento de Retina** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, por el Dr.(a) _____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)