

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DESPRENDIMIENTO DE RETINA

FECHA:.....

### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....  
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que 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 desgarro creando una cicatriz en los bordes, congelándolos o aplicando laser. Los casos más complicados de desprendimiento retinal se intervienen mediante vitrectomía, realizando una cirugía muy compleja desde el interior del ojo.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que 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. 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 alcanzan grados variables de visión que puede ser útil tanto para la lectura como para la deambulación. Si la retina no puede reaplicarse, el ojo continuará perdiendo visión, pudiendo acabar ciego.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado, que no existen alternativas a esta cirugía ya que no se dispone de otro método.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

-Dolor leve en el postoperatorio , o en algunos casos intenso y de varios meses

- 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. 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, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS**

.....  
.....



DECLARACION Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

Sr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT: .....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....  
 .....)  
 REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT:.....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

