

CIRUGIA DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

1. ¿Qué es? Es un tratamiento quirúrgico para el desprendimiento de retina (capa más interna del ojo, membrana fina y transparente formada por fibras y células sensibles a la luz). Se produce por la separación de la retina del resto de capas 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. Sólo en los dos primeros casos, el tratamiento inicial del desprendimiento será quirúrgico. El desprendimiento puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente en ojos miopes o que presenten algún tipo de degeneración, en pacientes operados/as de cataratas, y en ojos que hayan sufrido traumatismos. El objetivo de las diferentes técnicas utilizadas es la recuperación anatomofisiológica de la retina, alcanzar la máxima agudeza visual posible y evitar la recurrencia del cuadro

2. ¿Cómo se realiza? Existen diversos procedimientos quirúrgicos que se realizarán en función del tipo, localización y tamaño del desprendimiento y del estado general del/de la paciente. Las diferentes técnicas son:

- **Vitrectomía:** Es una técnica quirúrgica en la que se sustituye el humor vítreo por suero, gases o aceite de silicona para poder así manipular intraocularmente y proceder a la aplicación de la retina. Se puede asociar con el resto de diferentes técnicas.
- **Indentación escleral:** Consiste en la aplicación de un implante sobre la esclera que provoca un abombamiento local de la pared ocular hacia el interior del ojo aproximándola a la retina. Al igual que la anterior, se puede asociar con el resto de las diferentes técnicas.
- **Criopexia:** Aplicación de frío a través de una sonda por vía extraescleral (por fuera de la esclera) con el objeto de crear una cicatriz que tapone el agujero causante del desprendimiento.
- **Fotocoagulación:** Consiste, al igual que el frío, en la creación de una cicatriz coriorretiniana que tapone el agujero o desgarro retiniano; pero en este caso es mediante una quemadura originada por el láser. Se puede aplicar intraocularmente asociado a la vitrectomía o extraocularmente mediante lentes.
- **Inyección intraocular de gas:** Se inyecta dentro del ojo una pequeña cantidad de gas que provoca mediante el empuje de la burbuja la aplicación de la retina. Requiere de un tratamiento postural asociado junto a fotocoagulación o criopexia.

La elección de la anestesia va a depender de varios factores como pueden ser el estado general del paciente, la técnica quirúrgica a emplear y la duración de la intervención.

La anestesia más usada es la general y la local mediante inyección retro o peribulbar.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** Dolor en el postoperatorio desde leve a moderado-intenso, que puede durar incluso varios meses, aumento de la tensión intraocular, formación de cataratas y redespndimiento de retina; a estos hay que asociar los riesgos inherentes a la anestesia.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** Hemorragia intraocular que dependiendo de su cuantía empeorará en mayor o menor grado el pronóstico visual del paciente. En algunos casos también se puede producir una infección grave. Al igual que en el apartado anterior, también la anestesia tanto local como general puede producir complicaciones tales como perforación ocular, hematoma retrobulbar, reacciones alérgicas graves y diplopía, complicación está última que se puede asociar al procedimiento escleral.

4. Consecuencias previsibles de su realización: 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. En los casos con inyección de gas intraocular, el paciente deberá realizar un tratamiento postural los siguientes días tras la cirugía. Con las técnicas quirúrgicas actuales, aproximadamente el 90 % de los casos pueden ser reoperados. A veces hace falta 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 deambulaci3n. El grado de visi3n final dependerá de varios factores, siendo el pron3stico peor en los casos que exista afectaci3n de la mácula, la retina haya estado desprendida durante un largo periodo de tiempo, exista proliferaci3n vitreoretiniana o se hayan realizado segundas o posteriores reintervenciones.

5. Consecuencias previsibles de su no realizaci3n: el desprendimiento de retina suele progresar provocando un deterioro de la estructura anatómica de la retina y posteriormente del ojo, llegando incluso a producirse la atrofia ocular y consecuentemente la ceguera.

6. Alternativas: por el momento no existen otras alternativas a las descritas en el apartado 2.

7. Riesgos en funci3n de su situaci3n: las enfermedades sistémicas como la diabetes, hipertensi3n arterial, insuficiencia cardiaca y las patologías degenerativas del ojo pueden condicionar el resultado final de la cirugía.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO | <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS | <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO |

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____ |

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma: