

1. ¿Qué es?

- **La inyección intraocular de sustancias** es la administración de ciertos fármacos o gases dentro del ojo necesarios para la curación o alivio de la enfermedad, mejora la eficacia, siendo en ocasiones la única vía por la que éstos pueden ser efectivos. Sus aplicaciones son muy variadas dependiendo de las sustancias a inyectar: 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 en el polo anterior del ojo o para disolver hemorragias que afecten al espacio subretiniano; *inmunosupresores* en el caso de uveítis refractarias, etc.

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

- **La extracción de muestras intraoculares** se realiza para el estudio y/o análisis en ciertas enfermedades, o en el caso de infecciones, conocer qué tipo de germen es el causante del proceso y averiguar qué antibiótico es más sensible al tratamiento.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante inyecciones en el segmento anterior del ojo (cámara anterior) y/o en el segmento posterior (cámara vítrea). Tras el procedimiento puede ser necesario utilizar colirios, analgésicos o antibióticos por vía oral. Se realiza ambulatoriamente, en consulta, o en el quirófano con anestesia local.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** elevación transitoria de la presión intraocular (siendo excepcional su elevación permanente, precisando en este caso tratamiento médico o quirúrgico). Hemorragias oculares y dolor ocular.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** 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. 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 a suspender la inyección, que puede reintentarse con posterioridad. Disminución de visión importante: sangrado, desprendimiento de retina

4. Consecuencias previsibles de su realización: aumentar las posibilidades de obtener la curación de la infección o proceso inflamatorio. Conseguir una reeplicación de la retina en casos de desprendimiento de retina gracias a la acción del gas expansivo introducido. La realización de dichos procedimientos no excluye la necesidad de procedimientos adicionales más invasivos.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: 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. En el supuesto de presentar hemorragias debajo de la retina puede condicionar la pérdida total de la visión.

6. Alternativas: cirugía en el caso del desprendimiento de retina y, en el caso de infecciones graves, tratamientos intravenosos o la realización de una vitrectomía, sin embargo, se consideran imprescindibles las inyecciones intraoculares en determinadas patologías que pueden comprometer gravemente la visión.

7. Riesgos en función de su situación: las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

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.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO NO AUTORIZO

Autorizo en esta ocasión, y en las sucesivas que se requiera para seguimiento de esta patología NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

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: