

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **QUERATECTOMÍA FOTOREFRACTIVA CON LÁSER EXCIMER. PRK**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

DNI:

#### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía con láser Excimer modifica la superficie corneal mediante la reducción del espesor de la córnea para conseguir corregir el defecto refractivo.

En un ojo normal la imagen exterior es modificada por la córnea y el cristalino para converger (enfocar) en la retina.

Generalmente el ojo miope es más grande situando la imagen delante de la retina, el ojo hipermetrope es más pequeño situando la imagen detrás de la retina y en el astigmatismo se presenta una alteración en la curvatura corneal.

La técnica quirúrgica PRK se realiza con anestesia local, habitualmente con gotas. Consiste en después de quitar el epitelio o parte más superficial de la córnea en aplicar los impactos de láser sobre la córnea para disminuir el espacio corneal.

Se practica en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias. Es importante la colaboración del paciente.

#### OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Las técnicas de cirugía refractiva tienen como finalidad reducir o eliminar la dependencia de corrección óptica (gafas o lentillas), no actuando sobre el resto de estructuras internas del ojo, como la retina, que pueden presentar alteraciones previas e independientes de la cirugía.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, la cirugía refractiva PRK pretende reducir o eliminar la dependencia de corrección óptica, gafas o lentillas. Existen otras técnicas de cirugía refractiva: Queratomileusis asistida por láser excimer (LASIK), Queratectomía subepitelial asistida por láser (LASEK), Cirugía Anastigmática Incisional, Termoqueratoplastia con láser (LTK), Anillos Intracorneales, Lentes Intraoculares con o sin cirugía de cristalino, que le puede comentar su oftalmólogo, así como seguir utilizando sus gafas o lentillas.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

En general la agudeza visual que pretendemos conseguir después de la cirugía no será superior a la previa con corrección óptica.

La visión puede no recuperarse aunque la operación sea satisfactoria si existe lesión en otras partes del globo ocular, alteraciones en la retina, patología del nervio óptico, ojo vago, etc.

Puede ser necesario volver a aplicar láser (retratamiento que no se considera complicación), o una corrección óptica (gafas o lentillas) después de la cirugía para conseguir la mejor visión posible, y también se puede necesitar gafas para la visión cercana (ej. Lectura) en mayores de 40 años (presbicia) o en operados de cristalino.

Los resultados previstos se basan en tablas estadísticas, teniendo en cuenta el proceso de cicatrización es característico de cada persona, puede ser necesario volver a operar por hiper, hipocorrección o regresión para conseguir la mejor visión posible, sin que ello se considere una complicación.

La cirugía trata el defecto refractivo actual pero no previene variación futura de la refracción.

Aunque la cirugía refractiva puede conseguir que el paciente no necesite depender de corrección óptica para sus actividades cotidianas, el ojo sigue siendo miope o hipermetrope desde el punto de vista médico por lo que requiere un seguimiento adecuado y periódico independientemente del hecho de estar operado, puesto que la presencia de defectos refractivos elevados conlleva una patología específica asociada.

Existen limitaciones legales de carácter temporal en cuanto a la conducción de vehículos después de la cirugía.

Después de la cirugía pueden aparecer molestias, fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento ocular, que remiten con el tiempo y tratamiento adecuado.

La evolución postoperatoria habitualmente permite la incorporación a actividades cotidianas de forma progresiva que le irá comentando el oftalmólogo. Precisa tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general.

Si la cirugía no se realiza el paciente precisará ineludiblemente corrección óptica para alcanzar su máxima agudeza visual, estando sujeto a los riesgos inherentes a la terapia que decida seguir (lesiones por rotura de gafas o moldeamientos o infecciones por lentillas).

## RIESGOS

Toda intervención quirúrgica comporta algún tipo de riesgo. En este caso hay que tener presente que aunque estemos ante una técnica de eficacia suficientemente contrastada en gran número de pacientes, no está exenta de potenciales complicaciones.

- Durante la intervención pueden aparecer hemorragias conjuntivales y lesiones de la córnea
- Después de la operación, en el postoperatorio pueden aparecer visión de halos con las luces (más por la noche) que puede dificultar la conducción, borrosidad en la imagen,

fluctuaciones de la visión, disminución de la sensibilidad al contraste, deslumbramiento, alteraciones epiteliales, ojo seco, opacidades corneales ligeras, depósitos corneales.

También se han de tener presentes los inherentes a la técnica anestésica empleada: respecto a la anestesia local pueden producirse reacciones a la medicación, alteraciones generales ( crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia)

En determinados casos la intervención debe suspenderse para ser practicada posteriormente con la técnica anestésica más adecuada.

Imposibilidad portar lentes de contacto, erosiones o úlceras corneales recidivantes o persistentes, opacidades corneales densas, defectos refractivos muy acusados,ectasias corneales, descentramientos, islas centrales, visión doble, hipertensión ocular, inflamaciones, infecciones corneales e intraoculares.

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias. En mujeres debe informar si está embarazada o en periodo de lactancia.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted los desea.

#### RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos anteriormente citados, por la/s enfermedad/es que padece y el procedimiento a realizar, puede presentar otras complicaciones

.....  
.....  
.....  
.....

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo

---

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas:

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las

molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Y, en su consecuencia, CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a Queratectomía fotorefractiva con láser Excimer, PRK

En caso de no consentir, por favor marque la casilla  NO CONSIENTO

En.....a.....de.....de.....

---

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL

MÉDICO

D/ Dña .

Dr./Dra.

D.N.I

Nº Colegiado

Fdo.

Fdo.

---