

Documento de consentimiento informado para tratamiento cirugía refractiva anastigmática incisional

Nº de Historia: _____

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de Don/Doña.: _____
(Representante legal, familiar o allegado) *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO DE CIRUGÍA ANASTIGMÁTICA INCISIONAL.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Esta intervención consiste en realizar cortes profundos en la córnea con la finalidad de modificar su potencia refractiva, para corregir el astigmatismo, asociado o no a otras alteraciones de la refracción.

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 se realiza habitualmente con anestesia local (casi siempre solo con gotas), a veces con sedación y sólo excepcionalmente general. Consiste en realizar una serie de cortes en la córnea respetando la zona central. 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. Se utiliza tanto en astigmatismos primarios como en los secundarios a cirugía de catarata o de trasplante de córnea.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, existen otras técnicas de cirugía refractiva: Queratomileusis asistida por láser excimer (LASIK), Queratectomía subepitelial asistida por láser (LASEK), Queratectomía fotorrefractiva (PRK), Termoqueratoplastia con láser (LTK), Anillos Intracorneales, Lentes Intraoculares Tóricas 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:

La agudeza visual que se puede conseguir después de la cirugía no será superior a la previa con corrección óptica.

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

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 dependa de la corrección óptica para sus actividades cotidianas, 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.

Puede ser necesaria 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, pero teniendo en cuenta que 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.

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 suelen remitir 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 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, moldeamientos o infecciones por lentillas, etc.)

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

a) Durante la intervención se pueden producir microperforaciones corneales que precisen sutura.

b) Después de la intervención, en el postoperatorio pueden aparecer visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, borrosidad en la imagen, alteraciones del epitelio corneal, opacidades corneales, ojo seco, erosión o úlcera corneal recidivante o persistente, ectasias corneales, defectos refractivos muy acusados, astigmatismos irregulares, visión doble, infecciones corneales y/o intraoculares, cataratas.

También han de ser tenidos en consideración 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), así como alteraciones locales (hemorragias orbitarias, visión doble, reacciones alérgicas), y excepcionalmente perforación del ojo y afectación del sistema nervioso central por infiltración anestésica.

En la anestesia general: choque anafiláctico o parada cardiorrespiratoria.

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

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias. La mujer 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 lo desea.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias etc.) son: _____

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, y después de haber informado al médico de mis enfermedades generales y oculares que puedan contraindicar la cirugía, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la **TRATAMIENTO DE CIRUGÍA ANASTIGMÁTICA INCISIONAL**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

Nº de Colegiado: _____

REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

Nº de Colegiado: _____

Fecha de Aplicación: Junio 2015

Rev. 2

I-GHM-DG-10/498

Página 2 de 2