

# Documento de consentimiento informado para tratamiento cirugía refractiva anillos corneales intraestromales

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 ANILLOS CORNEALES INTRAESTROMALES.

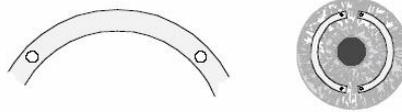
### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los anillos corneales intraestromales tienen como finalidad modificar la potencia refractiva de la córnea.

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 de implantación de Anillos Corneales Intraestromales se realiza con anestesia local a veces con sedación y sólo excepcionalmente general. Consiste en introducir en el espesor corneal un implante anular respetando la zona central. Es importante la colaboración del paciente.



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

Esta técnica 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, 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), Cirugía Anastigmática Incisional, 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 se puede 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.

Aunque la cirugía refractiva puede conseguir que el paciente no necesite depender de 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.

Según la experiencia hasta ahora, es un método preciso y estable para la corrección de defectos refractivos.

Sus ventajas principales se basan en no trabajar sobre la zona central de la córnea (zona óptica) y con la característica de ser una técnica potencialmente reversible.

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

Los anillos corneales intraestromales también pueden ser empleados en el tratamiento del queratocono y en ectasias corneales en pacientes seleccionados.

Puede ser necesaria una corrección óptica (gafas) después de la cirugía para conseguir la mejor visión posible, y también se puede necesitar gafas para la visión cercana (p. ej., lectura) en mayores de 40 años (presbicia) o en operados de cristalino.

Los resultados previstos se basan en tablas estadísticas, 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, hipermetropía temporal, deslumbramientos, quistes epiteliales, que desaparecen con el tiempo y tratamiento adecuado.

La evolución postoperatoria habitualmente permite la incorporación a actividades cotidianas de forma progresiva que le irá

Fecha de Aplicación: Junio 2015

Rev. 2

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 cirugía pueden producirse perforaciones que precisen sutura, erosiones o úlceras corneales recidivantes o persistentes, ectasias corneales, opacidades corneales, depósitos intracorneales, defectos refractivos muy acusados, astigmatismos, desplazamiento del anillo, visión doble, inflamaciones, infecciones corneales o intraoculares, perforación ocular que incluso puede precisar trasplante de córnea.

**b)** En el postoperatorio visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, deslumbramientos, borrosidad en la imagen, ojo seco, alteraciones epiteliales.

También hemos de tener en cuenta 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.

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 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 tras informar 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 **CIRUGÍA REFRACTIVA ANILLOS CORNEALES INTRAESTROMALES**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2 \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Médico  
Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

### 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  
Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

Fecha de Aplicación: Junio 2015

I-GHM-DG-10/499

Página 2 de 2

Rev. 2