



# Documento de consentimiento informado para tratamiento cirugía refractiva queratoplastia conductiva

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 QUEROTAPLASTIA CONDUCTIVA (CK).

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía, Queratoplastia Conductiva modifica la curvatura superficie corneal mediante la aplicación sobre la misma de alta frecuencia (350kHz) con un terminal de radiofrecuencia, produciendo una retracción de las fibras de colágeno para conseguir corregir el defecto refractivo, sobre todo hipermetropía y presbicia (en general monocular).

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. En la presbicia se pierde capacidad de acomodar (visión cercana).



La técnica quirúrgica se realiza habitualmente con anestesia local (casi siempre con gotas de anestésico), a veces con sedación y excepcionalmente con general. 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) de lejos o de cerca, 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), 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:

Después de la cirugía pueden aparecer molestias, lagrimeo, enrojecimiento ocular, que desaparecen en pocos días.

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

La aplicación de la radiofrecuencia con esta técnica deja una tinción blanquecina moteada en la córnea, que no afecta a la visión por su situación periférica.

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, cuando sea posible, volver a intervenir en hipo, hipercorrección, regresión (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 en algunos casos se puede necesitar gafas para la visión cercana (ej, lectura) en mayores de 40 años (presbicia) o en intervenidos de cristalino.

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, 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.

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 o moldeamiento o infecciones por lentillas).

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 pueden aparecer lesiones sobre la córnea

**b)** Después de la intervención, en el postoperatorio, las principales complicaciones que pueden aparecer son visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, fluctuación de la visión, pérdida de sensibilidad al contraste, borrosidad en la imagen, ojo seco, alteraciones epiteliales.

También han de ser tenidos 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

Otras complicaciones son intolerancia a lentes de contacto, erosiones o úlcera corneales persistentes o recidivantes, alteraciones y ectasias corneales, opacidades corneales, irregularidades corneales que pueden causar astigmatismo, edema corneal, visión doble, inflamaciones, infecciones corneales o 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 informarse 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 **CIRUGIA REFRACTIVA QUERATOPLASTIA CONDUCTIVA**, 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