

Cirugía refractiva lasek (queratectomía subepitelial asistida con láser excimer)

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 LASEK (Queratectomía Subepitelial Asistida con Láser Excimer).

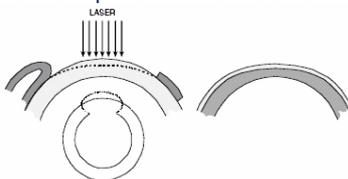
IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía con láser Excimer modifica la superficie corneal mediante la reducción de su espesor para conseguir corregir el defecto refractivo: miopía, hipermetropía o astigmatismo.

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 LASEK se realiza con anestesia local (habitualmente solo con gotas), a veces con sedación y excepcionalmente con general. Después de retirar el epitelio corneal, con diversos métodos, se aplican impactos de láser sobre el espesor corneal volviendo a colocar el epitelio en su lugar, adaptando una lente de contacto durante unos días. 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, existen otras técnicas de cirugía refractiva: Cirugía Anastigmática Incisional, Queratomileusis asistida por láser excimer (LASIK), Queratectomía fotorrefractiva (PRK), 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 tras su realización son:

En general tras la intervención se espera conseguir una visión similar a la que tenía el paciente con corrección antes de la cirugía.

Como toda cirugía refractiva existe la posibilidad de sufrir molestias en el postoperatorio como son fotofobia, deslumbramiento nocturno, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño o fluctuación de la visión, por lo que se requiere un tratamiento postoperatorio, así como llevar una lentilla de contacto unos días.

La agudeza visual que esperamos 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 existen lesiones 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 aplicar láser por hipo, hipercorrección o 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 se puede necesitar gafas para la visión cercana (ej., lectura) en mayores de 40 años (presbicia) o en operados 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, 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.

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 moldeamientos 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 lesiones corneales

b) Después de la operación, en el postoperatorio, visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, deslumbramiento, disminución de sensibilidad al contraste, fluctuación de la visión, imagen borrosa, visión doble, ojo seco, alteraciones epiteliales.

También han de ser tenidos en cuenta los riesgos 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 las lentes de contacto, erosiones o úlceras corneales persistentes o recidivantes, alteraciones y ectasias corneales, crecimiento epitelial o restos en la interfase, edema corneal persistente, astigmatismos irregulares, descentramiento, islas centrales, estrías, pliegues o pérdida de flap, opacidades corneales que pueden requerir trasplante, visión doble, hipertensión ocular, inflamaciones, infecciones corneales o intraoculares, edema macular, accidentes vasculares retinianos, hemorragias oculares o retinianas, desprendimiento de retina, perforación ocular.

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 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

CONSENTO

Que se me realice la **CIRUGÍA REFRACTIVA LASEK (QUERATECTOMÍA SUBEPITELIAL ASISTIDA CON LÁSER EXCIMER)**, 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: _____