



hm hospitales

Fotoqueratectomía terapéutica con láser excimer: PTK

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 FOTOQUERATECTOMÍA TERAPÉUTICA CON LÁSER EXCIMER: PTK.

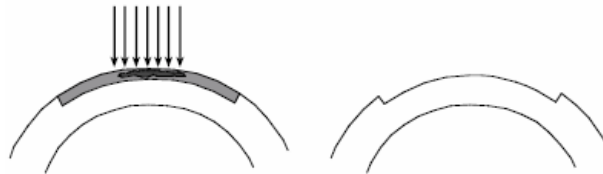
IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La Fotoqueratectomía con láser Excimer modifica la superficie corneal mediante la reducción del espesor de la córnea para intentar eliminar zonas opacificadas o lesionadas.

La córnea es la estructura anterior del ojo cuya característica principal es la transparencia para permitir el paso de la luz y la imagen al interior del ojo. La córnea puede estar alterada por opacidades (adquiridas o de nacimiento), enfermedades de la córnea (distrofias corneales), cicatrices, etc, que impiden la transparencia dificultando la visión.

La técnica quirúrgica PTK se realiza habitualmente con anestesia local (casi siempre gotas), a veces con sedación y excepcionalmente general. Consiste en después de quitar la capa externa de la córnea aplicar los impactos de láser sobre la zona a tratar.

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



OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad de realizar la fotoqueratectomía terapéutica con láser Excimer es recuperar la transparencia de la córnea, para permitir el paso de la luz y la imagen al interior del ojo, o intentar solucionar la enfermedad corneal.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, la fotoqueratectomía terapéutica con láser Excimer pretende eliminar las opacidades de la córnea o mejorar enfermedades de la córnea, persistiendo tales problemas si no se realiza. Dependiendo de la naturaleza de la afección pueden existir otras alternativas, tanto tratamiento médico o bien algún otro tipo de cirugía (diferentes tipos de trasplante de córnea) que le puede comentar su oftalmólogo.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Aunque la finalidad de la cirugía fotoqueratectomía, PTK, es recuperar la transparencia de la córnea o mejorar alguna enfermedad de esta (distrofia corneal), en pacientes seleccionados se puede además intentar corregir el defecto refractivo si existe (miopía, hipermetropía o astigmatismo).

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 lentes) después de la cirugía para conseguir la mejor visión posible.

Si se asocia cirugía refractiva, hay que tener presente que aunque el paciente no dependa 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.

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 continuará con su afección corneal y en cada caso concreto será el oftalmólogo quien le comentará si existe alguna repercusión de no someterse a la misma.

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 hemorragias conjuntivales y, teniendo presente que estamos actuando sobre zonas ya lesionadas o que presentan patología (distrofias corneales) puede haber lesiones corneales.

b) Después de la intervención, en el postoperatorio puede haber astigmatismos, visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, borrosidad en la imagen, ojo seco, intolerancia al porte de lentes de contacto, erosiones o úlceras corneales recidivantes o persistentes, trastornos de la epitelización, defectos refractivos muy acusados, astigmatismos irregulares, islas centrales, ectasias corneales, opacidades corneales que pueden precisar trasplante, inflamaciones, infecciones corneales o intraoculares, visión doble, perforación ocular.

También hemos de tener presente 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 de 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 se 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 **FOTOQUERATECTOMÍA TERAPÉUTICA CON LÁSER EXCIMER: PTK**, 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