

# Implantación de lentes intraoculares fáquicas pre-cristalinianas o epicapsulares

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 \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a someterme a la cirugía de IMPLANTACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICA PRECRISTALINIANA O EPICAPSULAR.

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en introducir una lente dentro del ojo colocándola delante del cristalino y por detrás del iris (pupila) para corregir miopías o hipermetropías altas.

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.

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.

Hay 2 tipos de lentes fáquicas de cámara posterior, las lentes de colámero o ICL y las lentes de silicona o PRL .



Se trata de una Cirugía Mayor realizándose con anestesia local o general y puede precisar puntos de sutura. Se practica en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias. Es importante la colaboración del paciente.

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.

La función visual después de la cirugía depende del estado de las demás estructuras del ojo, alteraciones en la retina, patología del nervio óptico, ojo vago, etc.

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 (p. ej., lectura) en mayores de 40 años (presbicia).

A pesar de que 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, ya que la presencia de defectos refractivos elevados conlleva una patología específica asociada.

Puede ser necesaria la extracción de la lente intraocular epicapsular si se considera oportuno, ya que es una técnica potencialmente reversible.

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

La cirugía refractiva con implante de lentes fáquicas epicapsulares pretende reducir o eliminar la fuerte dependencia de corrección óptica con gafas o lentillas con la ventaja de que al no quitar el cristalino se mantiene la acomodación en visión de cerca en función de la edad del paciente.

La predicción del resultado es muy satisfactoria en el caso de grandes defectos refractivos y si no se obtiene una corrección total es posible corregir el defecto residual con una fina gafa o lente de contacto o bien mediante tratamiento con láser excimer.

La calidad visual de los pacientes operados suele ser igual o superior a la que tenían con el uso de lentes de contacto pero sin los inconvenientes de estas.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, existen otras lentes intraoculares de apoyo angular y de apoyo en el iris, cirugía de cristalino transparente, 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 suelen aparecer molestias, fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento ocular que remiten con el tiempo y el tratamiento adecuado.

La evolución postoperatoria requiere tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general.

La agudeza visual que podremos 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.

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

El paciente suele alcanzar una buena calidad visual con la ventaja de que conserva la acomodación por lo que ya no precisa la fuerte dependencia de las lentes de contacto o de los gruesos cristales.

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).

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.

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

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.

Si no se realiza la intervención, el paciente deberá seguir llevando gafas o lentes de contacto para corregir su gran defecto refractivo y conseguir su máxima agudeza visual, estando sujeto a los riesgos de 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 pudiendo presentarse con relativa frecuencia las siguientes:

**a)** Durante la intervención: Colapso de la cámara anterior con hernia del iris, hemorragias, captura pupilar o descentramiento de la lente.

**b)** Después de la intervención, en el postoperatorio:

Hemorragia en la cámara anterior.

Hipertensión ocular.

Uveítis aguda o crónica.

Descentramiento y/o desplazamiento de la lente.

Hernia de iris.

Edema corneal secundario a inflamación o a hipertensión ocular.

Defecto refractivo residual que ocasionalmente puede requerir la sustitución de la lente.

Bloqueo pupilar.

Reapertura de la herida.

Presencia de halos nocturnos.

Rotación del implante.

Catarata, glaucoma, desprendimiento de retina, edema macular.

Otros riesgos relativamente poco frecuentes son los inherentes a la técnica anestésica empleada, ya sea local o general, pudiendo ocurrir coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por parada cardiorrespiratoria, siendo una complicación excepcional.

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, 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 **IMPLANTACIÓN DE LENTE FÁQUICA PRECRISTALINIANA O EPICAPSULAR**, 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