

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

En cumplimiento con la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, le ofrecemos el presente documento [Consentimiento Informado] mediante el cual, usted recibe información sobre su proceso, autorizando a su vez con su consentimiento a que se le realicen las exploraciones y tratamientos necesarios.

CLÍNICA OFTALMOLOGICA TECNOLASER CLINIC VISION	Dirección JUAN ANTONIO CAVESTANY 14. SEVILLA
---	---

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA REFRACTIVA CORNEAL EN SUPERFICIE (PRK / LASEK)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Usted tiene un defecto refractivo [miopía, hipermetropía, astigmatismo] y por lo tanto una alteración de la proyección de las imágenes sobre el plano de la retina que era solventada con procedimientos ópticos [gafas, lentes de contacto, ortoqueratología...]

En base a la evidencia médica y científica, si desea obtener una corrección quirúrgica de su defecto refractivo la opción indicada actualmente para su caso, por la relación riesgo / beneficio es el **REMOLDEAMIENTO CORNEAL EN SUPERFICIE DE LA CÓRNEA ASISTIDO POR LÁSER EXCIMER (PRK / LASEK)**

La intervención a la que usted va a someterse consiste en realizar un cambio de la curvatura de la cara anterior de la córnea ablacionando (eliminando) una determinada cantidad de tejido en la parte central o periférica de la misma para conseguir el enfoque de las imágenes en la retina.

CÓMO SE REALIZA:

Es una técnica que se realiza en quirófano o sala autorizada, bajo anestesia tópica [gotas] y con la esterilidad necesaria y avalada por la evidencia científica, y es necesaria la colaboración del paciente. **Previamente y a criterio médico se le puede dar algún relajante, analgésico, antiinflamatorio ...etc. ORAL [Es importante que comunique alguna alergia conocida a medicamentos]**

En primer lugar, colocamos un blefarostato [sistema para evitar el cierre de los párpados] previa instilación de anestesia tópica [gotas]. No deberá apretar con fuerza para evitar lesiones o inflamación en dichos párpados.

Se procede a la retirada de epitelio [en este caso es obligatorio para después proceder a la eliminación de tejido corneal], sin realizar ningún corte trasversal.

Esta retirada se puede hacer por procedimientos mecánicos o con ayuda de instilación de alcohol reducido unos segundos.

En la técnica LASEK, se conserva una bisagra o sujeción con el fin de ser recolocado el epitelio posteriormente

La ablación del tejido corneal SE REALIZARÁ CON UN LÁSER EXCIMER MODELO:

Mel 90 Carl Zeiss

.....

Después de la ablación el epitelio podrá ser repuesto [LASEK] o retirado de forma definitiva [PRK].

Para que la cicatrización corneal afecte lo menos posible a la transparencia de la misma, se puede, **A CRITERIO DEL CIRUJANO**, utilizar **MITOMICINA C** en una proporción reducida mediante una esponjita empapada, colocándose UNOS SEGUNDOS sobre la zona ablacionada con el objetivo de disminuir la proliferación celular.

Estudios publicados evidencian que a estas dosis la MITOMICINA C no muestra ningún dato de toxicidad endotelial.

Finalmente se procede a irrigación de la córnea con solución salina balanceada, y se coloca una lente de contacto terapéutica y se administran gotas antibióticas y antiinflamatorias.

La intervención se realiza en un mismo acto continuo en los dos ojos [SALVO QUE EN SU CASO PRECISE LA INTERVENCIÓN SÓLO EN UNO DE SUS OJOS] y con un intervalo de algunos minutos entre ambos.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante la intervención, notará sensación de deslumbramiento, molestias leves, y algo de presión en la zona ocular, que en muy raras ocasiones llega a cierto dolor.

Si tiene una hendidura parpebral reducida o arco superciliar prominente [ojos pequeños y hundidos] puede dificultar algo la intervención y hacerla algo más molesta para el paciente.

El contacto con el alcohol reducido, utilizado para la desepitelización, a veces produce cierta irritación y escozor transitorio.

La eliminación mecánica del epitelio no produce apenas molestias salvo cierta sensación de rozamiento o escozor cuando abordamos la zona más periférica de la córnea durante unos segundos. La anestesia tópica y los colirios antibióticos y antiinflamatorios no producen apenas molestias salvo cierto picor en algunos pacientes de manera momentánea.

Tras la intervención, es normal la sensación de DOLOR y cuerpo extraño, enrojecimiento, lagrimeo, molestias al mover los ojos, VISIÓN BORROSA QUE IRÁ MEJORANDO al pasar los días y al aplicar el tratamiento que esté indicado.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mejorará su cantidad de visión sin graduación, dependiendo de la existencia o no de otra patología implicada en el proceso de visión.

Con esta intervención se pretende reducir la dependencia de gafas o lentes de contacto, consiguiendo agudezas visuales parecidas a las que tenía previamente con corrección óptica.

Este resultado se consigue en la mayoría de los casos. Sin embargo, el éxito del tratamiento **NO VA LIGADO A CONSEGUIR GRADUACIÓN FINAL CERO DIOPTRÍAS**, por cuanto pequeños defectos refractivos residuales son frecuentes y fluctuables [cambian durante pequeños periodos de tiempo] y no deberían considerarse como un fracaso.

En algunos casos el paciente intervenido necesita la utilización de gafas de manera puntual [conducción nocturna, lectura de letra pequeña ...] especialmente aquellos con alta graduación donde no consideramos conveniente realizar un ajuste refractivo por ser de riesgo

La recuperación visual es habitualmente rápida [días] pero excepcionalmente se puede prolongar a semanas e incluso meses. Los resultados obtenidos al alta médica son muy estables en casi todos los casos, pero es posible en alguna ocasión, especialmente en defectos muy elevados, la reaparición con el transcurso del tiempo de una cierta cantidad del defecto tratado originalmente, bien por la **NO ESTABILIZACION DE SU DEFECTO REFRACTIVO**, o por remodelamiento [aumento de grosor] del epitelio de la córnea.

Someterse a esta intervención NO influye en la evolución de su enfermedad, miopía o hipermetropía.

Tampoco pretende frenar o parar su evolución, de tal forma que, especialmente en miopes, si su defecto refractivo NO ES ESTABLE seguirá su evolución independientemente de la cirugía

La intervención **NO CURA** la miopía, hipermetropía o astigmatismo. Sólo trata uno de sus síntomas: el desenfoque de las imágenes que percibimos. Por lo cual las alteraciones en otras partes del ojo que pueden acompañar a los defectos de refracción evolucionarán de manera independiente a la intervención.

Esta intervención tampoco previene cualquier otra alteración o patología que pudiera aparecer en el ojo y que **NO ESTÉ DIRECTAMENTE RELACIONADA CON EL DEFECTO REFRACTIVO**.

Debe quedar claro que esta cirugía no pretende MEJORAR SU MEJOR AGUDEZA VISUAL PREVIA corregida con gafas o lentes de contacto. Esto es de especial interés en caso de ojo ambliope [ojo vago o con menor visión respecto al otro ojo].

Asimismo, en pacientes con **edad de presbicia** [vista cansada], u operados cuando en el transcurso del tiempo tengan edad de presbicia, **si no se trata simultáneamente** o en una segunda intervención, **mediante técnicas específicas de presbicia en córnea u otras**, se hará necesaria la utilización sistemática de gafas de cerca.

Existe la posibilidad de que afecte a la exactitud de los cálculos de la potencia y elección de LIO en una posible cirugía de cataratas en el futuro.

Actualmente las nuevas lentes y formulas de cálculo han disminuido esta posibilidad.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Estoy de acuerdo en someterme a CIRUGIA REFRACTIVA CORNEAL EN SUPERFICIE [PRK/ LASEK]

También se me ha informado de otras posibles alternativas, así como de la posibilidad de seguir utilizando gafas y lentes de contacto.

Con carácter general, entre otras:

.....FEMTOLASIK.....

.....SMILE PARA MIOPIAS

.....LENTES FÁQUICAS

.....

Firma y DNI

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS GRAVES:

Son poco frecuentes

- Perforaciones corneales, o úlceras corneales.
- Infecciones [muy poco frecuentes según diversas publicaciones científicas], tratables mediante antibióticos tópicos y/o sistémicos., aunque a veces con mal pronóstico visual si no se controla su evolución.
- Reacción alérgica grave al anestésico
- Ectasias corneales [complicación rara similar al queratocono, una enfermedad degenerativa de la córnea que afecta la visión y que se presenta en aproximadamente 1 de cada 2.000 personas en la población general].

Si bien hay varias pruebas que sugieren qué pacientes pueden estar en riesgo, esta condición puede presentarse también en pacientes con exploración preoperatoria normal, dado que no hay una prueba que pueda demostrar de forma absoluta que un paciente no desarrollará una ectasia corneal/queratocono, después de una cirugía con láser excimer.

En su caso se le han realizado pruebas de topografía, tomografía, OCT corneal ...etc., para en la medida de lo posible descartar una córnea como sospechosa/ patológica.

La ectasia corneal se trata con lentes de contacto, anillos estromales, cross-linking o trasplante de córnea.

LOS MENOS GRAVES

LOS MÁS FRECUENTES:

- Graduación no deseada [hipo o hipercorrección]: habitualmente solucionable transcurridas algunas semanas mediante una segunda aplicación de láser si el grosor corneal lo permite.
- Visión de halos o destellos alrededor de focos luminosos: Este fenómeno se manifiesta generalmente por la noche y suele desaparecer al cabo de cierto tiempo [es posible tratarlo con colirios mióticos [reducen el diámetro de la pupila] o con nuevo tratamiento láser excimer guiado [basado en topografía / aberrometría] si el grosor corneal lo permite. Pero si persistiese, podría dificultar en mayor o menor medida la conducción nocturna.
- Reducción de la sensibilidad al contraste [disminución en la calidad en la percepción de imágenes en situaciones de baja luminosidad]
- Posibilidad de incremento de aberraciones ópticas
- Reacción alérgica leve al anestésico
- Síndrome de ojo seco [tras la cirugía es necesario el uso de lágrimas artificiales durante semanas o meses en función de la sintomatología, pero en los casos infrecuentes de sequedad más importante pueden ser necesarios otros tratamientos como tapones lagrimales, colirio de ciclosporina o de suero autólogo...etc.]. Que en algunos casos lleva a queratalgia [dolor puntual en córnea en el tiempo]

LOS MENOS FRECUENTES

- Haze [cicatriz corneal opaca, que puede necesitar tratamiento tópico o quirúrgico para intentar reestablecer la transparencia corneal].
- Queratitis tóxica central [cuadro de etiología desconocida, caracterizado por opacidad corneal central , acompañado por pérdida de visión, de resolución lenta, habitualmente espontánea o con la utilización de colirios].
- Queratitis lamelar difusa que precise tratamiento con corticoides tópicos pero que puede llevar a disminución de agudeza visual.
- Alteraciones en la regularidad de la superficie corneal [astigmatismo irregular], descentramiento del tratamiento láser, inducción de aberraciones ópticas [en algunos casos mejorables mediante tratamientos guiados por topografía o por aberrometría].
- Diploplia o visión doble [más frecuentes en pacientes con alteraciones previas de la motilidad ocular, forias o estrabismo].
- Fotofobia [molestias con la luz, generalmente transitorias y que necesitan tratamientos en gotas]
- Aparición de moscas volantes, desprendimiento vítreo [que provoca moscas volantes], neuropatía óptica, hemorragia retiniana, maculopatías, desprendimiento de retina [precisaría tratamiento láser y/o quirúrgico], especialmente en pacientes miopes y propias de esa enfermedad y sin relación directa con esta cirugía.
- Ptosis [caída del párpado].
- Los fármacos intraoperatorios empleados [etanol diluido, mitomicina C, u otros], aun tratándose de fármacos seguros en las concentraciones habituales, pueden acompañarse de toxicidades corneales, conjuntivales y/o esclerales, irritación, síndrome de ojo seco, edema corneal o úlceras corneales, entre otras.

Existen otras complicaciones no incluidas en el texto y que pueden ser comentadas si Vd. lo desea y tiene información de las mismas

Entiendo que:

Todas ellas, aunque muy poco frecuentes, podrían conducir en algún caso, y a pesar de su tratamiento a una disminución de la mejor agudeza visual corregida [ver, aun con gafas, peor que antes de ser intervenido con ellas]

Todas estas complicaciones pueden no producirse en ningún ojo, en los dos o en sólo uno de ellos independientemente de que se operen los dos ojos a la vez, excepto la infección ya que si esta ocurre es mucho más probable que sea en ambos ojos si se han operados simultáneamente.

Todas estas complicaciones pueden producir una reducción en la mejor visión graduada que el paciente tenía antes de la intervención, es decir, puede producirse una disminución de la visión no mejorable con lentes correctoras y excepcionalmente un trasplante de córnea.

Debe saber que si no quiere someterse a los riesgos anteriormente mencionados, puede utilizar gafas o lentes de contacto en lugar de la intervención quirúrgica.

Existe posibilidad de reintervención, cuando exista un defecto residual de graduación, esférica o cilíndrica regular, tras la primera intervención, si el grosor corneal residual y el estado ocular lo permiten, la cual se hará con una técnica distinta a la primera, en la cual se utilizará el láser excimer.

Esta operación, en casos excepcionales, no puede garantizarle el prescindir del uso de gafas o lentes de

Firma y DNI

contacto de manera absoluta.

Pueden existir complicaciones aquí no descritas cuya aparición aun no ha sido documentada o nos es desconocida.

Ya que es casi imposible enumerar cada complicación que pueda ocurrir como resultado de la técnica DE SUPERFICIE PRK/ LASEK, entiendo que la lista de complicaciones mencionadas no es completa o exhaustiva.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

.....
.....

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

.....
.....

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

- Necesitará tratamiento y revisiones en las primeras semanas.
- Las sensaciones que se perciben como molestias con el parpadeo pueden ser distintas en cada ojo.
- Las sensaciones que se perciben como dificultad visual o visión borrosa pueden ser diferentes en cada ojo
- El paciente debe entender que se le va a realizar una intervención quirúrgica y que, como tal, está sometida a imponderables que pueden desencadenar una complicación o efecto no deseado por nadie.
- La normativa de Tráfico en pacientes operados de cirugía refractiva es cambiante. Para información actualizada de la misma, le recomendamos que se ponga en contacto con la Dirección Territorial de Tráfico

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de realizar la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre sera preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

[En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.]

Firma y DNI

CLÍNICA OFTALMOLOGÍA TECNOLASER CLINIC VISION	Dirección JUAN ANTONIO CAVESTANY 14. SEVILLA
--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

[En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal]

[En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.]

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL [si es necesario]

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo a que se me realice:

CIRUGÍA REFRACTIVA CORNEAL EN SUPERFICIE [PRK / LASEK], incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la **VISIÓN, VIDA O LA SALUD**, que pudieran surgir en el curso de la intervención, **también doy mi consentimiento** a la presencia de personal autorizado, **y además doy mi aceptación para** la toma de imágenes para documentar el proceso si lo considera oportuno el cirujano.

SI NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico, preservando mi identidad de forma confidencial

[NOTA: Márquese con una cruz.]

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Firma y DNI

CLINICA OFTALMOLÓGICA TECNOLASER CLINIC VISION	Dirección JUAN ANTONIO CAVESTANY 14. SEVILLA
---	---

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
