

CONSENTIMIENTO INFORMADO: LASIK EN CIRUGÍA REFRACTIVA

..... con fecha de nacimiento, domicilio en
..... y D.N.I
número..... DECLARO Que

Me ha explicado en qué consiste la práctica de LASIK en cirugía refractiva 1. La miopía, hipermetropía y astigmatismo son defectos refractivos causados porque el ojo resulta excesivamente largo o corto, o porque la córnea presenta una curvatura inadecuada (excesiva, escasa o irregular). Existen diversas alternativas para la corrección de estos defectos, tanto de tipo óptico (gafas, lentillas, ortoqueratología), como de tipo quirúrgico (cirugía láser, anillos corneales, queratotomía radial o astigmática, lentes intraoculares, etc.). Si deseo una corrección quirúrgica de mi defecto refractivo, en mi caso particular, el LASIK es el tratamiento quirúrgico para mi ametropía con la mejor relación riesgo/beneficio, de acuerdo con los conocimientos médicos vigentes en la actualidad. Con este tratamiento no se modifican las condiciones previas ni futuras del ojo (posibles degeneraciones retino-coroideas o glaucomas en miopes, predisposición al glaucoma agudo en hipermetrópdes, alteraciones en el vítreo y la periferia retiniana, predisposición al desprendimiento de retina, etc.), que seguirán su curso natural a pesar de la intervención. Y que, tras la operación, la medición de la presión intraocular precisa de un ajuste que es proporcional a la cantidad de dioptrías tratadas. Por todo lo anterior, después de la operación se recomienda mantener revisiones oftalmológicas periódicas. Asimismo, en pacientes en edad de presbicia o vista cansada, si no se trata ésta simultáneamente mediante la técnica de visión combinada (monovisión), será necesario recurrir a las gafas de cerca. 2. El fundamento de la operación es cambiar la potencia óptica de la córnea, cambiando su curvatura. Esto se consigue "esculpiendo" la córnea mediante el láser, que elimina una cantidad predeterminada de tejido, bien de la zona central, o bien de la zona periférica de la córnea. En el LASIK, este tejido no se elimina de la superficie corneal, sino de un plano situado a unas 70 - 150 micras más abajo. Esto se consigue con un dispositivo automático (microqueratomo) que talla una delgada lámina corneal ("el lentículo"). La operación se realiza en el quirófano, con técnica estéril, y bajo anestesia tópica (gotas). Es muy importante mi colaboración como paciente para obtener un buen resultado y evitar complicaciones. Después de la cirugía pueden aparecer algunas molestias leves, como lagrimeo o enrojecimiento ocular, que desaparecen por lo

general en pocas horas. Es preciso seguir un tratamiento con colirios, y ocasionalmente tratamiento general. 3. Se me han indicado los beneficios que esta técnica conlleva en cuanto a la mejoría visual y al alivio de la dependencia de las gafas o lentillas. El objetivo final del tratamiento es alcanzar después de la operación, sin gafas ni lentillas, una visión similar a la que tenía antes de operarme cuando usaba mis gafas o lentillas. Este objetivo se consigue en la gran mayoría de los casos, y para ello no es preciso obtener una graduación final de cero dioptrías. Por ello, aunque pueda existir algún pequeño defecto refractivo residual, mientras que se consiga el objetivo de visión, el tratamiento debe considerarse plenamente exitoso. Del mismo modo, tampoco se debe considerar un fracaso del tratamiento el tener que utilizar gafas en alguna situación especial (conducción nocturna, lectura de caracteres muy pequeños, etc.). La recuperación visual es habitualmente rápida (horas o días), pero excepcionalmente se puede prolongar durante semanas, o incluso meses. Los resultados obtenidos en el alta médica son muy estables en casi todos los casos. Sin embargo, en alguna ocasión, y especialmente en graduaciones altas, es posible que con el tiempo pueda reaparecer una cierta cantidad del defecto tratado originalmente ("regresión"). 4. Igualmente, se me han expuesto las posibles complicaciones que esta técnica puede implicar: Al tratarse de una técnica que se realiza por fuera del ojo, las complicaciones son siempre de una gravedad menor que con técnicas intraoculares. *Hipo o hipercorrección. Habitualmente solucionables transcurridas algunas semanas mediante una segunda aplicación de láser, si el grosor corneal lo permite. Sólo excepcionalmente podría quedar un defecto refractivo no retratable igual o mayor de +/- 1dioptría. Regresión. Puede ser precoz o tardía, y requerir también retratamiento, en caso de que éste sea viable. *Visión de halos o destellos alrededor de focos luminosos, sobre todo de noche. Suele mejorar con el tiempo. Es posible tratarlo con colirios mióticos, pero si persistiese, podría dificultar la conducción nocturna. *Reducción de la sensibilidad al contraste. Fotofobia (molestias con la luz). Mala visión nocturna. *Síndrome de ojo seco. Despues de la operación es necesario usar lágrimas artificiales durante semanas o meses, según la intensidad de la sequedad. Rara vez es tan importante que pueda requerir otros tratamientos como: tapones lagrimales, colirio de ciclosporina o suero autólogo. Otras complicaciones posibles, pero muy poco frecuentes: *Imposibilidad de obtener una succión adecuada, imprescindible para tallar el lenticulo corneal ("queratomileusis"). Obtención de un lenticulo o flap inviable (p. ej.: lenticulo incompleto; lenticulo en ojal o button hole, etc.). Obligan a suspender la ablación con láser, y reintervenir después de un tiempo variable, incluso semanas o meses. La técnica para la segunda intervención puede ser cirugía de superficie (PRK/LASEK), un nuevo LASIK (creando un nuevo flap), o en algún caso puede desaconsejarse una nueva cirugía. *Desepitelización. Complica la evolución

postoperatoria. A menudo se debe a una condición propia del paciente (epitelio frágil, que se "despega" con facilidad), que rara vez se puede diagnosticar en consulta. Si ocurre, se valorará modificar la técnica quirúrgica hacia una cirugía de láser superficial (PRK/LASEK). Cuando se produce, se debe proteger la superficie ocular, colocando una lente de contacto terapéutica, que se retira en unos días.

*Crecimiento epitelial bajo el lentículo (en caso de afectar a la visión precisaría limpieza quirúrgica, sutura del lentículo o amputación de este). Perforaciones corneales. Roturas, estrías/pliegues o desplazamiento del flap (precisarían recolocación y planchado del flap o sutura). (Continúa) 412 Capítulo 26.

Consentimientos informados *Úlcera corneal. Infección. Muy poco frecuentes en nuestra experiencia, solucionables con antibióticos tópicos más lavado de la interfase en el quirófano; casos más agresivos precisan amputación del flap.

*Queratitis lamelar difusa (tratamiento antiinflamatorio tópico o lavado en el quirófano). Queratitis tóxica central (resolución espontánea, pero habitualmente lenta). Queratitis estromal inducida por presión (el paciente responde a los corticoides con subidas de la presión ocular, puede causar un glaucoma si no se diagnostica). *Pérdida del lentículo. Haze (cicatriz corneal no transparente).

Astigmatismo irregular (por alteración de la regularidad de la superficie corneal).

Descentramiento del tratamiento láser. Inducción de aberraciones ópticas (que en algunos casos son tratables con tratamientos guiados por topografía o por aberrometría). *Ectasia corneal (complicación postoperatoria rara similar al queratocono, de origen desconocido). Puede causar déficit de la visión y ser progresiva. No hay ninguna prueba preoperatoria que permita prevenirla al 100%.

Puede aparecer sin causa aparente en ojos con pruebas preoperatorias normales (paquimetría -medición del grosor- o topografía corneal -mapa detallado de la curvatura-). Según su gravedad se trata con: lentes de contacto, anillos estromales, cross-linking o trasplante de córnea. *Diplopía o visión doble (en pacientes con alteraciones previas de la motilidad ocular, forias o estrabismo).

Aparición de moscas volantes, desprendimiento vítreo. Neuropatía óptica, neuralgias. Hemorragia retiniana, maculopatías, agujero macular, desprendimiento de retina (precisaría tratamiento láser y/o quirúrgico), ptosis (caída del párpado). Otras complicaciones no incluidas en el texto pueden ser comentadas si Vd. lo desea. Aunque las complicaciones son muy poco frecuentes en la cirugía LASIK, en un porcentaje muy bajo de los casos puede llegar a afectarse la visión final del paciente, incluso aunque el manejo haya sido correcto.

Puede producirse una disminución de la mejor agudeza visual corregida; es decir, acabar con una visión final -aunque se utilicen gafas para ello- inferior a la que existía antes de la operación con la mejor graduación posible. Excepcionalmente puede ser necesario realizar alguna cirugía ocular mayor, como un trasplante de córnea, para rehabilitar la visión. 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. He comprendido la naturaleza de la intervención quirúrgica que me ha sido explicada satisfactoriamente. La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización. Entiendo la importancia de no frotar los ojos ni cerrarlos con fuerza en el postoperatorio, así como el no practicar deportes de contacto sin protección, para evitar traumatismos oculares que pudieran producir desplazamientos, estrías o pérdida del lentículo corneal. He informado convenientemente acerca de mis enfermedades oculares y generales para la valoración de posibles contraindicaciones (en mujeres se debe informar también sobre embarazo y lactancia). Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio. Entiendo y acepto que la cirugía refractiva no es una cirugía estética, en cuanto que no va a modificar mi estética corporal, sino una cirugía funcional, en el sentido de disminuir o eliminar mi dependencia de prótesis ópticas. Igualmente, se me ha informado de la posibilidad de revocar mi consentimiento, cuando lo deseé, sin necesidad de explicaciones previas. Así pues, y de forma voluntaria, DOY MI CONSENTIMIENTO Para que se me realice la cirugía descrita, así como las operaciones o maniobras que fuesen necesarias durante la intervención quirúrgica, o después de la misma. Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas. Para que a la cirugía pueda asistir como observador personal autorizado. Observaciones Particulares: En

.....

Fdo. El médico

Fdo. El Paciente