

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

QUERATOTOMÍA RADIAL

LEY 41/2002, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (BOE 15-11-02)

¿QUÉ SON LAS ALTERACIONES EN LA REFRACCIÓN?

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.

¿EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA REFRACTIVA, QUERATOTOMÍA RADIAL?

La queratotomía radial consiste en realizar cortes profundos en la córnea con la finalidad de **modificar la potencia refractiva de la córnea** para la corrección de la miopía o astigmatismo.

La técnica quirúrgica de la queratotomía radial se realiza con **anestesia local** y consiste en realizar una serie de cortes en la córnea respetando la zona central. Se practica en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias. Es importante la **colaboración del paciente**.

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.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER DESPUÉS DE LA CIRUGÍA REFRACTIVA QUERATOTOMÍA RADIAL

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.

Durante la cirugía se pueden producir perforaciones que pueden precisar sutura.

Otras complicaciones más tardías: visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, borrosidad en la imagen, infecciones...

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Los resultados previstos se basan en tablas estadísticas, teniendo en cuenta el proceso de cicatrización es característico de cada persona, puede ser necesario volver a operar para conseguir la mejor visión posible, *sin que ello se considere una complicación.*

CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGÍA REFRACTIVA QUERATOTOMÍA RADIAL

La **agudeza visual que pretendemos 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 de la refracción.

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).

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. Existen limitaciones legales de carácter temporal en cuanto a la conducción de vehículos después de la cirugía.

ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA REFRACTIVA QUERATOTOMÍA RADIAL

La cirugía refractiva Queratotomía Radial pretende reducir o eliminar la dependencia de corrección óptica, gafas o lentillas. Existen otras técnicas de cirugía refractiva que le puede comentar su oftalmólogo, así como seguir utilizando sus gafas o lentillas.

D/ª: _____ Fecha: _____

He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo. La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización, así pues **de forma voluntaria:**

Doy mi consentimiento para que se me realice la cirugía refractiva **Queratotomía Radial**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación así como las medidas complementarias oportunas.

Doy mi consentimiento para que se puedan realizar fotografías o grabar la intervención así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.

Doy mi consentimiento para que a la cirugía pueda asistir personal autorizado.

He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones. En mujeres se debe informar si está embarazada o en periodo de lactancia.

Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.

Soy consciente que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Institución/Clinica/Dr.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR : Debido a que el paciente ha sido considerado no capacitado para aceptar o rechazar la cirugía descrita, por todo ello **YO:**

D/ª _____ DNI _____

como _____ **doy mi consentimiento** para que se realice la operación, asumiendo los riesgos y complicaciones que puedan aparecer. Puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno.

FIRMA DEL TUTOR O FAMILIAR

* Este documento forma parte de los consentimientos informados elaborados por la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva (S.E.C.O.I.R.).