

## CONSENTIMIENTO INFORMADO:

# LENTES INTRAOCULARES FÁQUICAS DE APOYO ANGULAR

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 *hipermétrope* 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.

## ¿QUÉ SON LAS LENTES INTRAOCULARES FÁQUICAS DE APOYO ANGULAR?

La cirugía con lentes intraoculares fáquicas de apoyo angular consiste en introducir una lente dentro del ojo colocándola delante del cristalino y por delante del iris (pupila) para corregir miopías altas.

Se trata de una Cirugía Mayor realizándose con anestesia local o general y suele 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.

## COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN LA CIRUGÍA INTRAOCULAR CON LENTES DE APOYO ANGULAR

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.

Las complicaciones más importantes y graves, aunque muy poco frecuentes, son las derivados de la anestesia ya sea local o general, pudiendo ocurrir coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso

fallecimiento por parada cardio-respiratoria, siendo una complicación excepcional.

Durante la cirugía se pueden producir sangrados, descentramientos de la lente...

Después de la cirugía puede aparecer inflamación, apertura de la herida, catarata, aumento de la presión intraocular (glaucoma), infección intraocular, edema retiniano, deformidad de la pupila...

Otras complicaciones más tardías: puede provocar descompensación corneal que ocasione su pérdida de transparencia, pudiendo precisar trasplante de córnea.

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

## CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGÍA REFRACTIVA CON LENTES INTRAOCULARES DE APOYO ANGULAR

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) 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).

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

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 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.

## ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA REFRACTIVA DE LENTES INTRAOCULARES DE APOYO ANGULAR

La cirugía refractiva con implante de lentes de apoyo angular 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 con Implante de Lente de Apoyo Angular**, 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 y/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.

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

*Soy consciente de 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.).