

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Orden de la Generalitat de Catalunya, (DOGC nº 1477 de 7-8-1991)

### LENTES INTRAOCULARES FÁQUICAS PRECRISTALINIANAS

#### ¿QUÉ SON LAS ALTERACIONES DE 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 tiene 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 PRECRISTALINIANAS?

El implante de lentes fáquicas Precristalinianas consiste en introducir una **lente dentro del ojo** colocándola **delante del cristalino y por detrás del iris** (pupila) para corregir miopías altas.

Se trata de una Cirugía Mayor realizándose con anestesia general y precisando **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 comentado el oftalmólogo. Precisa tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general.

#### COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN LA CIRUGÍA INTRAOCULAR CON LENTE FÁQUICA PRECRISTALINIANA

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.

Los riesgos o complicaciones más importantes y graves, aunque muy poco frecuentes, son los derivados de la anestesia general, pudiendo ocurrir coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por parada cardio-respiratoria, siendo está una situación excepcional.

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

Después de la cirugía **puede aparecer inflamación ocular de grado variable, apertura de la herida, aumento de la presión intraocular (transitorio), infección intraocular, edema retiniano, catarata, descompensación corneal que precise 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 FÁQUICAS PRECRISTALINIANAS

**La función visual después de la cirugía depende del estado de las demás estructuras del ojo**, alteraciones de 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 la corrección óptica para sus actividades cotidianas, el ojo sigue siendo miope desde el punto médico por lo que requiere un seguimiento adecuado y periódico independientemente del hecho de estar operado, puesto que la presencia de efectos refractivos elevados conlleva una patología específica asociada.

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

#### ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA REFRACTIVA DE LENTES INTRAOCULARES FÁQUICAS PRECRISTALINIANAS.

La cirugía refractiva con implante de lentes fáquicas precristalinianas 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 y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- 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 los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en su caso se aplique.
- 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: .....

Así pues, de forma voluntaria, **doy mi consentimiento:**

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.
- Para que se puedan realizar fotografías o/y 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.
- Para que pueda asistir personal autorizado a la cirugía.
- Para que, en caso de que exista un contacto accidental (pinchazo o salpicadura) de mi fluido biológico (sangre, orina, etc) con uno de los profesionales del Centro, se me practique como Medida de Prevención de Riesgos Laborales, una extracción de sangre y una posterior analítica para determinar VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Dr./Dra. ....

**TUTOR LEGAL o FAMILIAR:**

D/ª: .....

DNI: .....

FIRMA DEL TUTOR o FAMILIAR