



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA REFRACTIVA.
LEY 17.132/LEY 26.529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.**

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

ESTADO DE SALUD/ DIAGNÓSTICO:

OBSERVACIONES/ANTECEDENTES:
.....

PROCEDIMIENTO:

La cirugía refractiva se refiere a los distintos procedimientos encaminados a corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.

En algunos casos es necesario el implante de lentes intraoculares para corregir el defecto refractivo. Pueden colocarse lentes por delante del iris (lentes de cámara anterior), por detrás del iris (ICL), o tras la aspiración del cristalino (cirugía de cristalino transparente).

Mediante la queratotomía radial se pueden corregir la miopía y el astigmatismo. Esta técnica consiste en realizar unos cortes no perforantes en la córnea modificando su curvatura.

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe a efectuar los siguientes procedimientos médico-quirúrgicos en mi persona.

OBJETIVOS/BENEFICIOS ESPERADOS:

El objetivo de la intervención es dejar el ojo en las máximas condiciones de normalidad refractiva, esto es, alcanzar la máxima agudeza visual posible, y sino depender de anteojos aéreos con la menor corrección posible.

RIESGOS/COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Tras la intervención se espera conseguir una visión lo más similar posible a la que tenía el paciente con corrección antes de la cirugía.

No se puede garantizar un resultado exacto en la corrección, y en ocasiones es necesario asociar otra técnica refractiva como el LASIK. Algunos pacientes pueden necesitar gafas para algunas actividades como leer o conducir.

Como toda cirugía refractiva existe la posibilidad de sufrir molestias en el postoperatorio como son fotofobia, deslumbramiento nocturno, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño o fluctuación de la visión, por lo que se requiere un tratamiento postoperatorio.

Con las lentes intraoculares suele existir una inflamación intraocular pasajera que puede acompañarse de aumento de la presión ocular.

En la cirugía de implante de lentes intraoculares existen otras complicaciones menos frecuentes, que conllevan cierta gravedad que difieren según sea la técnica empleada. Entre estas complicaciones están la formación precoz o tardía de cataratas, el desprendimiento de retina, aumento de la presión ocular, hemorragias intraoculares, alteraciones permanentes de la transparencia corneal que requerirán un trasplante de córnea, dehiscencia de suturas, edema macular, opacidad de la cápsula posterior en la cirugía de cristalino transparente, deformidad pupilar, dislocación de la lente intraocular que llevaría a una nueva intervención, inflamación persistente intraocular. Con la queratotomía puede producirse micro o macro perforaciones e infecciones corneales.

Las complicaciones más graves son la hemorragia expulsiva y las infecciones intraoculares, en menos del 0.4% que llevarían a la pérdida del ojo de forma inmediata.

Existen riesgos derivados de la anestesia, que puede ser con gotas o con infiltración de anestesia alrededor del ojo. Entre los riesgos están la hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina, lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardiovascular y pulmonar, reacción tóxico-alérgica.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

El defecto refractivo se puede corregir mediante medios ópticos (lentillas, gafas) u otras técnicas quirúrgicas (LASIK, queratotomía fotorrefractiva con láser excímer, implantes intracorneales, etc.).

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACIÓN:

Si la cirugía no se realiza el paciente precisará corrección óptica para alcanzar su máxima agudeza visual.

Autorizo al equipo médico tratante para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados se estime conveniente. Habiéndome explicado y tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados y notificándome expresamente de que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura derivados del tratamiento o intervención a la que seré sometido, asumiendo para el caso que se produjeran, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de otros procedimientos diagnósticos/ terapéuticos. También autorizo a iconografiar y/o filmar el procedimiento para ser presentado con fines académicos con la debida protección de identidad. Finalmente autorizo a realizar las curaciones y controles necesarios en el período postoperatorio.

Habiendo podido aclarar las dudas sobre lo informado, certifico haber entendido los riesgos, las posibilidades de fracaso y las alternativas terapéuticas planteadas.

.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

Aclaración

.....

FIRMA DEL MÉDICO

.....

Aclaración