

1. ¿Qué es? La cirugía refractiva se refiere a los distintos procedimientos encaminados a corregir la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo y, en ocasiones, otros defectos ópticos.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante diversas técnicas de aplicación de láser sobre el tejido corneal:

- **La técnica LASIK** (queratomileusis in situ asistida con láser excimer) consiste en tallar una lamela (capa) corneal aplicando el láser excimer sobre el tejido corneal. Posteriormente se coloca la capa sobre la zona tratada, conservando de esta manera la zona superficial de la córnea.
- **La técnica PRK** (queratectomía fotorefractiva) consiste en aplicar el láser sin realizar una lamela, retirando previamente el epitelio de forma mecánica o con láser excimer.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** no en todos los casos se corrige con exactitud el defecto refractivo, existiendo hipo o hipercorrecciones. La existencia de alteraciones visuales, como halos alrededor de luces por la noche, visión fluctuante o diverso grado de deslumbramiento en conducción nocturna, es frecuente y mayor cuanto mayor es el defecto refractivo tratado.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** durante la intervención LASIK puede producirse un deterioro del colgajo que obligaría a posponer la intervención. Otras posibles complicaciones LASIK son desplazamiento de la lamela, sustancias extrañas en la interfase, inflamación de la interfase. Descentramientos en el tratamiento y alteraciones de la cicatrización que pueden ocasionar disminución de la visión (mayor en PRK).

Las complicaciones más graves en la intervención, aunque excepcionales, son: posible corte perforante de la lamela (LASIK), pérdida irreversible de la transparencia corneal, deformidades corneales posoperatorias (ectasia/queratocono), infecciones corneales. Estas complicaciones pueden requerir trasplante de córnea.

El riesgo de desprendimiento de retina es muy bajo. En ocasiones será necesario un tratamiento previo con fotocoagulación con láser argón de las lesiones predisponentes. Las alteraciones del nervio óptico son muy excepcionales.

4. Consecuencias previsibles de su realización: tras la intervención se espera conseguir una visión similar a la que tenía el paciente con corrección antes de la cirugía aunque no se puede garantizar un resultado exacto en la corrección. Algunos pacientes pueden necesitar gafas para algunas actividades como leer o conducir. Es frecuente la existencia de 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.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: si la cirugía no se realiza, el paciente precisará corrección óptica para alcanzar su máxima agudeza visual.

6. Alternativas: corrección de la miopía, hipermetropía y el astigmatismo, de tipo óptico (gafas, lentillas) y quirúrgico (queratotomía radial, queratectomía fotorrefractiva con láser excimer, implantes intracorneales, implante de lentes intraoculares).

7. Riesgos en función de la situación de su situación: las enfermedades sistémicas como diabetes, inmunodepresión pueden favorecer la aparición de complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCAIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales