

**1. ¿Qué es?** son los distintos procedimientos quirúrgicos encaminados a corregir la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo, la presbicia y, en ocasiones, otros defectos ópticos más complejos. En algunos casos es necesario el implante de lentes intraoculares para corregir el defecto refractivo.

**2. ¿Cómo se realiza?** Mediante técnicas quirúrgicas para la colocación de lentes fáquicas por delante del iris (lentes de cámara anterior), por detrás del iris (ICL), o pseudofáquicas, tras la aspiración del cristalino (cirugía de cristalino transparente).

Para corregir la miopía y el astigmatismo se utiliza la queratotomía radial que consiste en realizar unos cortes no perforantes en la córnea modificando su curvatura. También pueden ser utilizadas las incisiones de la córnea, de modo manual o con láser (de femtosegundo).

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

• **Frecuentes (más del 10%):**

- **Cirugía de implante de lentes intraoculares fáquicas:** formación precoz o tardía de cataratas, el desprendimiento de retina, aumento de la tensión ocular, hemorragias intraoculares, alteración permanente de la transparencia corneal que requerirán un trasplante de córnea, dehiscencia de suturas, edema macular, deformidad pupilar, dislocación de la lente intraocular que llevaría a una nueva intervención o inflamación persistente intraocular. Puede ser necesaria una segunda intervención para extraer la lente o recolocarla.
- **Queratotomías:** micro o macroporaciones, astigmatismo irregular e infecciones corneales.
- **Cirugía del cristalino transparente:** inflamación (edema) de la córnea pasajera responsable de tener una visión borrosa los primeros días postoperatorios. Esta inflamación puede acompañarse de aumento de la tensión ocular. Existen otras complicaciones menos frecuentes, que conllevan cierta gravedad. Durante la cirugía, en ocasiones, no es posible la colocación de la lente lo cual se pospone a una segunda intervención. Otras complicaciones son el desprendimiento de retina, aumento de la tensión ocular (glaucoma), hemorragias intraoculares, alteración permanente de la transparencia corneal que requerirá un trasplante de córnea, dehiscencia de suturas, edema macular, opacidad de la cápsula posterior, deformidad pupilar, dislocación de la lente intraocular que llevaría a una nueva intervención, inflamación persistente intraocular.
- **La implantación de lentes intraoculares pseudofáquicas no monofocales** (una única distancia de enfoque): alteraciones visuales, como halos alrededor de luces por la noche, visión fluctuante o diverso grado de deslumbramiento en conducción nocturna. Las lentes que corrigen el astigmatismo (lentes tóricas) eventualmente pueden necesitar una recolocación en una segunda intervención.

- **Infrecuentes (menos del 10%):** derivados de la anestesia, que puede ser con gotas o con infiltración de anestesia alrededor del ojo. Hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina, lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardiovascular y pulmonar, reacción tóxico-alérgica. 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.

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

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

**6. Alternativas:** el defecto refractivo se puede corregir mediante medios ópticos (lentillas, gafas) u otras técnicas quirúrgicas (LASIK, queratectomía fotorefractiva con láser excimer, implantes intracorneales).

**7. Riesgos en función de su situación:** las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

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:

**REVOCACIONES:**

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: