

LASEK

FOLLETO INFORMATIVO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 lentes de contacto), no actuando sobre el resto de estructuras internas del ojo, como la retina, que pueden presentar alteraciones previas e independientes de la cirugía.

¿EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA REFRACTIVA, LASEK Ó QUERATECTOMÍA SUBEPITELIAL ASISTIDA CON LÁSER EXCIMER?

Mientras la La cirugía con láser Excimer modifica la superficie corneal mediante un corte y posterior reducción del espesor corneal para conseguir corregir el defecto refractivo: miopía, hipermetropía o astigmatismo. **LASIK**

La técnica quirúrgica **LASEK** se realiza **con gotas de anestésico**, después se retira el epitelio corneal mediante Alcohol o mediante el mismo láser. Se **aplican impactos de láser sobre el espesor corneal**, finalmente el ojo se deja **OCLUIDO** algunos días generalmente 3 días al 4 día se retira la oclusión y comienza el periodo de recuperación visual. Este procedimiento LASEK se practica en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias. Es importante la **colaboración del paciente**.

Después de la cirugía pueden aparecer molestias, dolor, ¿sobre todo en las primeras 12 horas, lagrimeo, enrojecimiento ocular..., que desaparecen en pocos días.

La evolución postoperatoria habitualmente permite la incorporación a actividades cotidianas de forma rápida que le irá comentando el oftalmólogo. Precisa tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN LA CIRUGÍA REFRACTIVA LASEK

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.

Complicaciones: visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, imagen borrosa, visión doble, descentramientos, infecciones... *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 LASEK

La agudeza visual que pretendemos conseguir después de la cirugía no será superior a la previa con corrección óptica.

La visión puede no recuperarse aunque la operación sea satisfactoria si existe lesión en otras partes del globo ocular, alteraciones en la retina, patología del nervio óptico, ojo vago, etc.

Puede ser necesario **volver a aplicar láser** (*retratamiento que no se considera complicación*), o **una corrección óptica (gafas o lentes de contacto) 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).

La cirugía trata el defecto refractivo actual pero no previene variación futura de la refracción.

Aunque la cirugía refractiva puede conseguir que el paciente no necesite depender de corrección óptica para sus actividades cotidianas, el ojo sigue siendo miope o hipermetrópe 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. Existen limitaciones legales de carácter temporal en cuanto a la conducción de vehículos después de la cirugía.

ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA REFRACTIVA LASEK

La cirugía refractiva LASEK pretende reducir o eliminar la dependencia de corrección óptica, gafas o lentes de contacto. Existen otras técnicas de cirugía refractiva que le puede comentar su oftalmólogo, así como seguir utilizando sus gafas o lentes de contacto.

Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE

CONSENTIMIENTO INFORMADO QUERATECTOMÍA FOTORREFRACTIVA CON LÁSER EXCIMER, LASEK

Yo, _____ he comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE**, 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

Entiendo que pueda presentarse una **HIPOCORRECCION**, es decir que a pesar de la cirugía y después de la cirugía persista el defecto refractivo.

Entiendo que pueda presentarse una **HIPERCORRECCION**, es decir que la cirugía EXCEDA la cantidad de defecto corregido.

He sido informado ampliamente sobre algunas complicaciones que pueden presentarse como: visión de halos con las luces (más por la noche) que pueden dificultar la conducción, imagen borrosa, visión doble, descentramientos, infecciones y otros procesos inflamatorios que pueden presentarse asociados a mi sistema inmune a nivel corneal.

Doy mi consentimiento para que se me realice la **Cirugía Refractiva mediante LASEK**, 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. En mujeres se debe informar si está embarazada o en periodo de lactancia.

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

Soy consciente que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial

Doy mi consentimiento al **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** para que se realice la operación, asumiendo los riesgos y complicaciones que puedan aparecer. Puedo retirar este consentimiento cuando Yo como paciente lo estime oportuno.