

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-152

### Cirugía Refractiva LASIK, PRK

Rev.01

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

#### OBJETIVO

El objetivo de la intervención es eliminar la dependencia de corrección óptica (lente permanente), dejando el ojo en las mejores condiciones refractivas normales, y alcanzar la máxima agudeza visual posible.

#### CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA REFRACTIVA LASIK, PRK (En qué consiste)

La cirugía refractiva LASIK y PRK, se refiere a los distintos procedimientos láser encaminados a eliminar la dependencia de corrección óptica, corrigiendo la miopía, hipermetropía, y el astigmatismo, modificando la curvatura de la córnea, sin actuar sobre el resto de las estructuras del globo ocular (es por tanto, una cirugía extraocular).

En la técnica LASIK, se utiliza un aparato llamado microquerátomo para levantar las capas más superficiales de la córnea, y a continuación aplicar el láser sobre las capas más profundas. Finalmente este disco corneal levantado, se recoloca en su sitio, cubriendo así el área tratada con el láser, sin puntos ni suturas.

Por su parte, la técnica PRK, consiste en remover la capa más externa de la córnea, y aplicar el láser directamente sobre la superficie corneal, sin necesidad de levantar un disco corneal.

Ambas técnicas utilizan previo al procedimiento, sólo anestesia ocular en gotas.

Tras la intervención, se espera conseguir una visión similar a la que tenía el paciente con corrección antes de la cirugía. Si bien los resultados son apreciables desde la primera semana, la estabilización de la agudeza visual puede tomar en algunos pacientes desde uno hasta tres meses después de la cirugía.

Puede haber resplandores, halos y dificultad para conducir de noche; por lo general, estos problemas desaparecen a los tres meses.

Estadísticamente hablando (5%), algunos pacientes pueden necesitar gafas para algunas actividades, como leer, trabajar en el computador, o conducir (lentes de trabajo).

Puede haber dolor/ardor (no invalidante) durante las primeras 24-48 horas. En la técnica PRK, se utiliza un lente de contacto terapéutico durante 1 semana (tiempo que demora en regenerar la primera capa corneal).

Cuando la visión de lejos de una persona ya ha sido corregida con cirugía refractiva LASIK o PRK, es posible que requiera lentes de lectura desde los 40 - 45 años de edad (presbicia). Aquellos pacientes que ya manifiestan la presbicia (dificultad con la visión cercana) antes de la cirugía requerirán el uso de lentes de lectura después de ésta.

Los pacientes que no tenían el 100% de visión previo a la cirugía (ambliopía), no podrán alcanzar el 100% posterior a ella. Es decir, después de la intervención, la mejor visión que el paciente puede llegar a conseguir, es la visión que tenía preoperatoriamente con sus lentes.

#### RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA REFRACTIVA LASIK, PRK

Al tratarse de una técnica que se realiza por fuera del ojo (extraocular) las complicaciones suelen ser mínimas y menos graves que con técnicas intraoculares (lentes intraoculares), como desplazamientos de la lamela corneal, sustancias extrañas bajo ésta, descentramientos en el tratamiento y alteraciones de la cicatrización que pueden ocasionar disminución de la visión.

Durante la intervención, el cirujano puede decidir cambiar la técnica de LASIK a PRK o a la inversa, en virtud de garantizar el buen resultado visual.

Incidencias más habituales son:

- Visión de halos o destellos alrededor de focos luminosos: Suele desaparecer con el tiempo (hasta 6 meses).
- Sequedad ocular: Para ello se indican lágrimas artificiales durante al menos 3 meses.

#### RIESGOS POCO FRECUENTES

La complicación más grave, aunque excepcional, es el Haze (neblina) corneal post cirugía, que consiste en la aparición de diferentes patrones de cicatrización en la córnea. Cuando alcanza un grado severo puede haber pérdida de la mejor agudeza visual corregida.

Muy raramente, puede existir pérdida irreversible de la transparencia corneal e infecciones corneales. Estas complicaciones pueden requerir

trasplante de córnea. El desprendimiento de retina no ha sido relacionado con la intervención.

#### COMPLICACIONES POCO FRECUENTES PERO NO IMPOSIBLES.

- Infecciones de grado variable: conjuntivitis, queratitis y úlceras corneales infecciosas).
- Muy raramente, roturas irregulares de la lamela corneal (totales o parciales) (LASIK), donde se deberá suspender la cirugía y necesitar entre 6 meses a 1 año de recuperación.
- Queratitis lamelar difusa ("Síndrome de las arenas del Sahara"), que puede requerir el levantamiento y limpieza del disco corneal; puede haber disminución de la visión si es muy severa.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-152

Cirugía Refractiva LASIK, PRK

Rev.01

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

No existe otra alternativa de trabajo

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

### DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía Refractiva LASIK, PRK.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Refractiva LASIK, PRK.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Firma Médico** \_\_\_\_\_

### RECHAZO:

Sr. / Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía Refractiva LASIK, PRK** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

### REVOCAION:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)