

Consentimiento informado para la cirugía refractiva con láser femtosegundo y la técnica SMILE

(Leyes 26.529 y 26.742 / Decreto reglamentario 1.089/2012)

Nota: El diseño y contenido de este consentimiento, evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Prof. Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

1) Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha,, recibí de mi oftalmólogo, Dr., este formulario que contiene información sobre mi problema ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y las alternativas terapéuticas existentes.

Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado el día para que mi oftalmólogo aclare todas mis dudas.

2) ¿Qué es la miopía y el astigmatismo?

Nuestros ojos funcionan como una filmadora. Normalmente las imágenes deben estar enfocadas nítidamente en la retina tanto en la visión lejana como en la cercana (lectura). El sistema de enfoque de los ojos está formado por dos "lentes". En la parte anterior del ojo se encuentra un tejido transparente que es la córnea y en ella los rayos de luz sufren una primera gran desviación. Ya dentro del ojo tenemos otra lente que se denomina cristalino. Esta es la lente que logra el enfoque final, dado que cambia de forma para mantener enfocados en la retina los objetos lejanos y los cercanos. En el fondo de ojo se encuentra la retina que es el tejido sensible que convierte a la luz en un potencial eléctrico, que siguiendo por el nervio óptico de cada ojo, transmite esta información visual al centro de la visión en el cerebro (allí el estímulo visual se convierte en una imagen consciente).

Cuando tenemos estos problemas ópticos (refractivos) como la miopía y el astigmatismo, vemos borroso, sin nitidez porque nuestros ojos no pueden enfocar bien las imágenes en la retina.

En el caso de la miopía el paciente no ve bien los objetos lejanos pero puede ver bien de cerca sin utilizar corrección óptica. Cuando está viendo objetos distantes la imagen se forma delante de la retina por lo que queda desenfocada y se percibe borrosa. Los métodos ópticos tradicionales (anteojos y/o lentes de contacto) desplazan la imagen hacia atrás (hacia la retina) mediante lentes negativas (divergentes; cóncavas).

En el astigmatismo la imagen que se forma en la retina también está desenfocada y esto en general se debe a que determinados meridianos o ejes de la córnea tienen radios de curvatura menores (astigmatismo miópico) o mayores (astigmatismo hipermetrópico) que la curvatura normal.

3) ¿En qué consiste la cirugía refractiva con láser femtosegundo y la técnica SMILE? Indicaciones y contraindicaciones

El procedimiento consiste en la creación de un "lenticulo" dentro de la córnea. Se entiende por lenticulo una "lente óptica" formada por el mismo tejido de la córnea. Luego este lenticulo se extrae de la córnea a través de una incisión mínima.

El término "SMILE" es justamente un acrónimo de su nombre en inglés: *small incision lenticule extraction*.

El procedimiento tiene como finalidad cambiarle la forma a la córnea quitándole una parte de su tejido interno (el lenticulo) para que cambie su poder óptico. Se logra así disminuir el poder óptico central de la córnea con lo cual las imágenes de objetos lejanos logran estar en foco en la retina (recordemos que estos ojos miopes son más largos que lo normal y el foco de objetos lejanos se forma por delante de la retina, por lo que hay que desplazar ese foco hacia atrás para que coincida con la retina y entonces poder verlos nítidamente).

La anestesia es local con gotas.

El cirujano oftalmólogo introduce los datos del paciente con la corrección óptica programada y las características de la córnea del paciente en la computadora del láser femtosegundo. Se ubica al paciente acostado con su cabeza bajo el microscopio del láser.

Se prepara el campo quirúrgico (se utiliza un poderoso bactericida denominado iodopovidona). Se aproxima a superficie corneal una lente especial hasta apoyarla suavemente sobre ella para el enfoque del equipo de láser. Se trata

de un elemento de acoplamiento entre el equipo de láser y la superficie de la córnea. Este elemento de acople se fija a la córnea mediante succión para lograr su inmovilización.

El tiempo total de succión es de aproximadamente 35 segundos. El paciente fija su mirada en una luz específica para facilitar el centrado del ojo.

Recordemos que la córnea está formada por siete capas: 1) la capa de lágrimas (se la denomina film lagrimal precorneal); 2) el epitelio corneal (compuesto por cinco capas de células superpuestas); 3) la membrana basal del epitelio; 4) la membrana de Bowman; 5) El estroma o parénquima corneal (representa el 90% del espesor de la córnea y está formado por células y fibras de colágeno); 6) la membrana de Descemet (es la membrana basal de la capa endotelial), y 7) el endotelio (formado por una sola capa de células).

Lo que realiza el láser femtosegundo es “tallar tridimensionalmente en 3 D un lentículo” dentro de la córnea, en su estroma o parénquima. La característica del láser de femtosegundo (longitud de onda 1043 nm) es emitir su energía en forma de pulsos sumamente breves (220-580 fs) y de alta frecuencia (500 KHz). El tallado del lentículo intracorneal es absolutamente preciso.

El tiempo de ese tallado es siempre el mismo (es independiente del monto del problema óptico que hay que corregir).

El siguiente paso es la extracción del lentículo. Esto se realiza a través de un corte (incisión) mínimo en la córnea periférica (de 2 a 4 mm). El cirujano extrae el lentículo mediante microespátulas y una “micropinza”.

Cuando lo que se quiere neutralizar es una miopía, la cirugía refractiva busca aplanar la córnea en su parte central (quitando tejido en ese sector: el lentículo). Al aplanar la córnea se disminuye su poder refractivo y el foco se desplaza hacia atrás sobre la retina (recordemos que en la miopía, como ya fue explicado, en general el ojo es más largo que lo normal y la córnea puede ser algo más curva que lo normal) La capacidad de la córnea de desviar los rayos de luz para enfocarlos en un punto depende entre otros factores de la diferencia que encuentra la luz entre el aire y el tejido corneal (interfase aire-córnea) y también depende de la curvatura de la córnea. Cuanto más curva es la córnea más poder de desviación de los rayos tiene. Por eso en la miopía se busca aplanar la córnea, es decir disminuir su poder refractivo (disminuir su poder para desviar los rayos) y desplazar así el punto de enfoque hacia atrás, hacia la retina.

En muchos casos el tratamiento es mixto dado que estos pacientes presentan una combinación de problemas refractivos (miopía y astigmatismo).

Durante el postoperatorio el paciente deberá cumplir estrictamente con los controles que le indique su cirujano y tener presente los signos y síntomas de alarma: dolor ocular y/o palpebral (en los párpados), ojos más rojos, secreción ocular, disminución en la visión.

De esta descripción de la cirugía refractiva SMILE con el láser femtosegundo es importante destacar tres detalles técnicos muy importantes:

1) La cirugía respeta prácticamente en su totalidad a los filetes nerviosos de la córnea. Esto permite que la córnea mantenga en gran medida su sensibilidad con lo cual se mantiene la frecuencia del parpadeo y disminuye la posibilidad de un síndrome de ojo seco en el postoperatorio.

2) La cirugía SMILE respeta a las capas más resistentes de la córnea (la parte anterior del estroma o parénquima) al tallar a mayor profundidad el lentículo corneal. Esto tiene como consecuencia un mayor respeto por la biomecánica corneal (resistencia de la córnea a la tensión). La consecuencia es una menor posibilidad de deformaciones corneales (ectasias) en el postoperatorio.

3) Como consecuencia del punto anterior es posible tratar miopías de mayor graduación que con las otras técnicas al depender menos del espesor corneal del paciente. (La FDA —agencia gubernamental norteamericana lo autorizó para miopías de -1 a -8 dioptrías y para astigmatismos de -0.50 dioptrías en pacientes mayores de 22 años de edad, y refracción —miopía y astigmatismo miópico— estable como mínimo durante los 12 meses previos a la cirugía.) Diferentes equipos de cirujanos refractivos han publicado trabajos científicos aplicando esta metodología en miopías de hasta -10 dioptrías y astigmatismos miópicos de hasta -5.00 dioptrías.

La Agencia Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó en el año 2012 (disposición 2955/12) el láser de femtosegundo VisuMax para la “creación de incisiones de córnea, tratamiento de la miopía y miopía combinada con astigmatismo, mediante la creación de un lentículo corneal” (Expte 1-47-22370/11-9).

Las contraindicaciones para efectuar esta técnica, hasta el momento, son las siguientes:

- a) Refracción (miopía y astigmatismo miópico) inestable en los 12 meses previos a la cirugía;
- b) Pacientes menores de 22 años de edad;
- c) Paciente con catarata visualmente significativa;
- d) Pacientes con glaucoma no controlado;
- e) Pacientes con enfermedades de la superficie ocular;

- f) Pacientes con antecedentes de enfermedades de la córnea (herpes);
- g) Pacientes con enfermedades inmunológicas no controladas;
- h) Pacientes con diabetes no controlada.

4) Beneficio que se espera conseguir con la cirugía refractiva SMILE con láser femtosegundo

El beneficio que se busca es anular o disminuir el problema óptico que tienen los ojos para que el paciente dependa lo menos posible de anteojos y/o lentes de contacto.

En algunos casos, para tener una visión tan buena que nos permita conducir vehículos o ver nítidamente las leyendas de una película, podría ser necesario usar anteojos a pesar de estar operados. Es importante saber que la cirugía no necesariamente tiene como objetivo que el paciente pueda leer sin anteojos. Existe una estrategia consistente en programar el láser femtosegundo para que quede una leve miopía con el fin de que el paciente pueda leer aceptablemente bien sin usar un antejo de lectura. Este objetivo aún con una correcta cirugía puede no lograrse en forma óptima. Puede ocurrir en ciertos pacientes operados con cirugía refractiva que la necesidad de usar anteojos para lectura se produzca antes de lo habitual (respecto de pacientes miopes no operados).

La bibliografía científica muestra que al año de la cirugía el 88% de los pacientes operados tenían una agudeza visual no corregida 20/20 o mejor (equivalente en nuestra escala a 10/10).

5) Riesgos de la cirugía refractiva con el láser femtosegundo y la técnica SMILE

No existe ninguna cirugía sin riesgos. Ni el cirujano más experto puede garantizarle el éxito de una cirugía. El riesgo máximo, como en cualquier cirugía ocular es la *pérdida definitiva de la visión del ojo operado*. Esto sería excepcional pero no imposible.

Algunas complicaciones (que pueden ocurrir aun a los cirujanos con mayor experiencia y en los mejores centros del mundo) obligan a nuevas cirugías para intentar corregirlas.

En ciertas complicaciones, muy poco frecuentes, usted puede quedar con una visión peor de la que tenía antes de operarse.

Para informarlo en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario, le brindamos un *listado parcial* de complicaciones posibles (conocidas hasta la fecha):

a) Dolor por lesiones en el epitelio corneal (erosiones, pequeñas úlceras). Se resuelve mediante la utilización de colirios y, en ciertos casos, con la colocación de una lente de contacto terapéutica (actúa como un vendaje transparente). Se resuelven en pocos días. Ocurre en el 6% de los casos, aproximadamente.

b) Síntomas de ojo seco (ardor ocular, sensación de “arenilla”). Puede afectar al mes al 25% de los pacientes pero esto se reduce drásticamente al 0,5% al año de la cirugía. Estas cifras son inferiores respecto de otras cirugías refractivas.

c) Problemas en la visión nocturna (16% al mes de la cirugía).

d) Menor agudeza visual postoperatoria que la mejor agudeza visual corregida preoperatoria. Se ha descrito una pérdida de una línea de visión en el cartel de prueba en el 8,8% y de dos líneas o más en el 1.1%.

e) Hipocorrección: se obtiene menor corrección óptica que la buscada.

f) Hipercorrección: se obtiene mayor corrección óptica que la buscada.

g) Ectasia corneal: deformación progresiva de la córnea que provoca un astigmatismo miópico y disminución progresiva de la agudeza visual. En casos extremos puede generar la necesidad de efectuar un trasplante de córnea. La posibilidad de una ectasia corneal es —en teoría—, por las características de la cirugía SMILE, menor que con las otras técnicas de cirugía refractiva.

h) Microdesgarros en la incisión corneal que se utiliza para extraer el lenticulo corneal (1.8% de los casos).

i) Dificultad en la extracción del lenticulo corneal (1.9% de los casos).

j) Perforación de la capa corneal ubicada por encima del lugar donde se talla el lenticulo corneal (menos del 1%).

k) Pérdida de la succión que fija el elemento de acople del láser al ojo del paciente (0.8%).

l) Microinfiltrados en la interfase (células inflamatorias en el espacio virtual que queda dentro de la córnea en el sitio donde se extrajo el lenticulo) (0.3%).

m) Queratitis lamelar difusa.

n) Remanentes (restos) del lenticulo en la interfase (en el interior de la córnea). (menos del 1%).

ñ) Topografía corneal irregular (1%).

o) Imágenes fantasma.

p) Queratitis infecciosa (infección de la córnea). Se trata con antibióticos o antimicóticos (de acuerdo con el germen que la origina). En los casos muy agresivos puede requerir intervenciones quirúrgicas (incluso un trasplante de córnea).

q) Endoftalmitis infecciosa (infección en el interior del ojo). Una infección en la córnea tiene potencialmente el riesgo de avanzar hacia el interior del ojo (endofalmitis). Requiere tratamiento con antibióticos o antimicóticos (de acuerdo con el germen causal) y eventuales reintervenciones quirúrgicas con un riesgo potencial (excepcional) en casos muy agresivos no controlables de pérdida de la visión del ojo operado.

En la mayoría de las infecciones oculares posteriores a una cirugía oftalmológica, el germen causal pertenece a la flora bacteriana presente en la superficie ocular o párpados del propio paciente.

Cirugía bilateral simultánea

Nota importante: en caso de optar por una cirugía bilateral simultánea, es decir operar los dos ojos el mismo día, las complicaciones detalladas previamente podrían ocurrir en ambos ojos. En el caso de una infección intraocular bilateral (endofalmitis) no controlable, la consecuencia podría ser la pérdida de la visión en ambos ojos. Se trata de una posibilidad excepcional pero es un riesgo potencial en cualquier cirugía efectuada en ambos ojos el mismo día (cirugía bilateral simultánea).

6) ¿Existe otra posibilidad para tratar los problemas ópticos? (tratamientos alternativos)

Los problemas ópticos de nuestros ojos (miopía, hipermetropía y astigmatismo) pueden compensarse mediante el uso de anteojos y/o lentes de contacto.

Presentan ciertos riesgos potenciales como lesiones oculares por trauma (anteojos y lentes de contacto) o infecciones que en casos extremos pueden provocar la pérdida definitiva de la visión (en usuarios de lentes de contacto).

Las técnicas de cirugía que emplean el excímer láser se dividen en técnicas de superficie y en técnicas de ablación a mayor profundidad del tejido corneal.

Dentro de las técnicas de ablación superficial ubicamos básicamente a tres: PRK, LASEK y epi-LASIK.

En el caso de la PRK, al ablacionar (quitar) tejido de la córnea con el excímer láser sin preparar previamente un flap o tapita corneal, deja una úlcera corneal superficial (un área de la córnea sin la protección de su epitelio). El epitelio —ya lo explicamos— es la capa superficial de la córnea (cubierta por la capa de lágrimas). Por ello se coloca al paciente una lente de contacto que actúa como un “vendaje transparente” para atenuar el dolor que genera toda úlcera corneal.

Es normal que los pacientes operados con la técnica PRK experimenten ciertas molestias en el postoperatorio inmediato. Esto está determinado por la mencionada úlcera corneal que deja la cirugía. Esta úlcera se reepiteliza rápidamente. A esto también se debe que la recuperación visual no sea óptima en forma inmediata.

En el caso de la técnica epi-LASIK, se crea una delicada tapita formada por el epitelio de la córnea que se mantiene unida a ella con una bisagra. Esta tapita se reclina y el excímer láser actúa sobre el lecho expuesto de tejido corneal. Luego la tapita se reubica en su posición original. A diferencia del LASEK (en la que el cirujano aplica alcohol para “despegar” el epitelio corneal para formar el *flap*), en el epi-LASIK el flap corneal lo talla por un aparato denominado microquerátomo (microcuchilla automatizada) que tiene un cabezal de corte sumamente fino.

Estas técnicas de ablación superficial de la córnea con excímer láser están indicadas en casos donde la ablación en tejidos más profundos de la córnea (como la técnica LASIK) no son recomendables. Por ejemplo: a) cuando la córnea está muy plana o muy curva; b) en pacientes con síndrome de ojo seco moderado; c) en ciertos retratamientos; d) en córneas cuyo espesor es menor al recomendable para una técnica LASIK (por el riesgo de generar una ectasia, es decir, una deformación corneal progresiva en el postoperatorio); e) en ojos “hundidos” en la órbita en los que técnicamente es difícil realizar la técnica LASIK.

Postoperatorio: es normal que los pacientes operados con la técnica LASEK experimenten ciertas molestias en el postoperatorio inmediato (sensación de cuerpo extraño, lagrimeo [epífora], cierto dolor, fotofobia [le molesta la luz], visión borrosa) Estos síntomas dependerán en los primeros días de la integridad y calidad del delicado *flap* (tapita) corneal y del proceso cicatricial. Puede ocurrir que la recuperación visual no sea óptima en estos primeros días. Algunos pacientes pueden presentar síntomas tales como destellos o halos alrededor de los focos de luz en las noches. En estos casos y durante ese tiempo de recuperación podría existir dificultad para conducir un auto y también podría interferir con su habilidad para trabajar. No hay manera de predecir cuánto tiempo tardarán sus ojos en recuperarse totalmente. Si sus ojos son operados en distintas fechas, usted podrá desempeñarse aceptablemente. Sin embargo, puede haber un período de desequilibrio de visión entre sus dos ojos.

En la técnica que no es de superficie (LASIK), la tapita o flap tiene un espesor mayor y el excímer láser actúa en capas algo más profundas de la córnea.

Cada técnica tiene indicaciones precisas y también riesgos posibles.

En el caso de la técnica LASIK, al tener un *flap* corneal de mayor espesor, el postoperatorio es más confortable dado que no hay una úlcera corneal expuesta que genere malestar o dolor. La rehabilitación visual suele ser más rápida que con la técnica PRK. Esto ocurre también con la técnica LASEK y epi-LASIK (en estos casos el *flap* es más fino y no siempre se mantiene íntegro).

La tapita o *flap* corneal puede generar una serie de complicaciones como por ejemplo (a-f):

a) El flap de córnea puede quedar con su superficie irregular

Puede provocar una disminución de visión por astigmatismo irregular. Ocurre aproximadamente en 3 casos de cada 1.000 operados.

b) El flap se talla en forma incompleta

Puede ocurrir en aproximadamente seis casos de cada 1.000 operados.

Puede ser necesario suspender la cirugía y fijar nueva fecha.

Puede quedar una cicatriz en la córnea que disminuye la visión.

En ciertos casos será necesaria una cirugía de trasplante de córnea.

c) Desplazamiento del flap corneal

Puede ocurrir incluso meses después de la cirugía.

Es una emergencia que obliga a recolocar el *flap* corneal en su lugar.

Puede ocurrir en 1 caso de cada 100 operados.

d) El flap corneal se corta totalmente (queda sin la bisagra)

En ciertos casos obliga a suspender la cirugía.

Existe la posibilidad de que se pueda recolocar o que esto no sea posible.

En algunos casos será necesario colocar puntos en la córnea.

Puede ocurrir aproximadamente en un caso cada 1.000 operados.

e) Pliegues en el flap corneal

Pueden disminuir la visión.

Obligan a medidas que van desde el "planchado" del *flap* hasta la colocación de puntos de sutura.

Puede ocurrir aproximadamente en 8 casos de cada 1.000.

f) Crecimiento de células debajo del flap corneal

Pueden provocar disminución de visión.

En ciertos casos es necesario una cirugía de limpieza.

Puede ocurrir en 9 casos de cada 1.000 operados.

g) Ectasia corneal

Un factor a considerar es el espesor de la córnea.

Las córneas finas (de bajo espesor) no son aptas para la cirugía LASIK porque el excímer láser puede debilitar la córnea y ésta sufrir una ectasia. Esto significa una deformación progresiva de la córnea (se hace cada vez más curva), reapareciendo un astigmatismo miópico progresivo e irregular que puede requerir un trasplante de córnea en los casos más severos.

Las técnicas de ablación superficial debilitan menos la córnea al quedar un espesor de tejido corneal residual mayor.

h) Haze corneal

Se trata de una opacidad en la córnea provocada por un proceso anormal de cicatrización, que interfiere con la recuperación visual. Habitualmente se resuelve con el tiempo y con tratamiento local (colirios). Puede aparecer tanto en el postoperatorio temprano como en el tardío.

Casos excepcionales puede obligar a efectuar una reintervención superficial con técnicas específicas.

i) Isla central

Se detecta mediante una topografía corneal computada en el postoperatorio. La córnea presenta un área central muy incurvada rodeada por un área de aplanamiento corneal debido a la ablación del láser para tratar la miopía. Puede provocar disminución de la visión, visión doble monocular, imágenes fantasma y disminución en la sensibilidad al contraste. Es una complicación muy poco frecuente con los equipos modernos. En general se resuelve espontáneamente con el tiempo pero ciertos casos pueden requerir una reintervención.

j) Tratamiento descentrado

Muy poco frecuente con las últimas generaciones de equipos. Puede requerir una reintervención.

k) Hipertensión ocular

Puede ocurrir en pacientes predispuestos como un efecto secundario de los colirios con corticoides utilizados en el postoperatorio. Puede requerir medicación local (colirios hipotensores). Excepcionalmente, una cirugía.

l) Defectos persistentes en el epitelio corneal.

m) Infiltrados corneales estériles

Generalmente son secundarios a una reacción inmunológica. Se tratan con corticoides tópicos (gotas).

m) Hiper o hipocorrecciones

Correcciones en más o en menos respecto de lo programado. En muchos casos son resultados imposibles de prever antes de la cirugía. Dependen, entre otros factores, de condiciones particulares de cada paciente en la cicatrización de la córnea. Pueden obligar a una nueva cirugía (retratamiento).

n) Regresión de la corrección

Algunos pacientes pueden experimentar una pérdida gradual del efecto refractivo de la cirugía.

ñ) Molestias frente a la luz (halos y deslumbramiento)

En casos extremos puede impedir el manejo de vehículos durante la noche pero la mayoría mejora espontáneamente con el tiempo.

o) Peor visión luego de la cirugía a pesar de usar anteojos y /o lentes de contacto respecto de la visión que se tenía antes usando anteojos y/o lentes de contacto.

En la mayoría de los casos la disminución es muy baja y el paciente está satisfecho con la visión que tiene sin usar ninguna corrección. Esa disminución puede ser temporaria o definitiva.

p) Ojo seco

Sensación de ojo seco, de arenilla o de irritación. El paciente debe usar lágrimas artificiales (lubricante de la superficie ocular).

q) Infección corneal (queratitis, abscesos)

Las infecciones corneales son complicaciones serias que pueden conducir, en casos extremos, a la pérdida de la visión del ojo operado. La gran mayoría se resuelve con tratamiento local. En casos aislados puede ser necesario hacer un trasplante de córnea.

r) Hemorragia en la retina (hemorragia macular)

Puede quedar una disminución permanente de la visión.

s) Dificultad y en ciertos casos, imposibilidad de usar lentes de contacto.

t) Desprendimiento de retina

Obliga a una o más intervenciones para intentar repararlo. Es una complicación excepcional. Algunos casos quedan con una disminución importante de la visión y los más graves pueden terminar con pérdida definitiva de la visión.

En síntesis, con la cirugía refractiva con el láser femtosegundo y la técnica SMILE, se logran tres objetivos importantes que la diferencian de la técnica más frecuente que utiliza el excímer láser y que talla un *flap* corneal (técnica LASIK):

1) Menor posibilidad de síndrome de ojo seco

Con el láser femtosegundo y la técnica SMILE *no se talla un flap corneal*. Esto permite respetar a gran parte de los filetes nerviosos responsables de la sensibilidad de la córnea. La consecuencia es que se afecta mucho menos la frecuencia del parpadeo y por lo tanto hay menos posibilidades de sufrir un síndrome de ojo seco en el postoperatorio.

2) Mayor respeto por la biomecánica (resistencia) corneal

El láser femtosegundo efectúa el tallado de un lenticulo corneal en la profundidad del estroma corneal, donde respeta las capas más resistentes del estroma superficial. Esto genera menor posibilidad de deformaciones corneales postoperatorias (ectasias).

3) Posibilidad de corregir miopías de mayor graduación

Esta es una consecuencia de la ventaja anterior al depender menos del espesor corneal del paciente.

Nota importante: por las características de la técnica SMILE, la recuperación visual inmediata del paciente en general es más lenta que con la técnica LASIK. Esto ha sido descripto fundamentalmente en las dos primeras semanas del postoperatorio.

7) ¿Qué ocurre si no se realiza la cirugía refractiva?

No ocurre absolutamente nada. Se trata de una cirugía electiva, es decir, no existe ninguna urgencia para realizarla y la decisión de no efectuarla no perjudica a nuestros ojos.

8) Características particulares que presenta su caso

9) Espacio para anotar dudas o preguntas

10) Consentimiento (autorización para efectuar la cirugía)

Luego de haber recibido este formulario con tiempo suficiente para su lectura detallada y habiendo aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que me realicen una cirugía refractiva con la técnica SMILE con láser femtosegundo en mi ojo a cargo del equipo médico constituido por los doctores

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del testigo:

Aclaración:

DNI:

11) Fotografías y/o videos de la cirugía con finalidad científico-técnica

El paciente SI / NO AUTORIZA al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Publicaciones Médicas y/o ámbitos científicos (rodear con un círculo la opción elegida).

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del testigo:

Aclaración:

DNI:

12) Revocación del consentimiento informado

Dejo asentado mi voluntad de ejercer mi derecho a revocar el consentimiento informado previamente firmado en el que autorizaba al equipo médico integrado por los Dres. a efectuarme una cirugía refractiva con la técnica SMILE con láser femtosegundo.

He sido informado sobre las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión, descritas en el ítem 7 de este formulario.

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Firma del representante legal (de corresponder):

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Firma del médico: