



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL CRISTALINO CON FINES EXCLUSIVAMENTE REFRACTIVOS (ÒPTICOS) MEDIANTE IMPLANTE DE UNALENTE INTRAOCULAR

(Leyes 26.529 y 26742 / Decreto Reglamentario 1089/2012)

Página 1 de 13.-

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 médico oftalmólogo, Dr. _____, este formulario que contiene información sobre mi condición ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y las alternativas terapéuticas disponibles. Luego de leer detenidamente esta información, he sido citado/a el día _____ para que mi médico oftalmólogo aclare todas mis dudas.

2) A) Qué es el Cristalino ?

B) Qué es la miopía, la hipermetropía , el astigmatismo y la presbicia?

Todos tenemos una lente transparente dentro de nuestros ojos (se la denomina cristalino). Se trata de una lente biconvexa sostenida por unas fibrillas (zónula) que le transmiten una tensión variable desde el músculo de la acomodación. El cristalino tiene normalmente una plasticidad que le permite cambiar su forma de acuerdo a la tensión de la zónula. Esto nos permite enfocar las imágenes en la retina. Cuando esta lente (cristalino) pierde su transparencia recibe el nombre de catarata. Como consecuencia percibimos las imágenes cada vez más borrosas y también se puede padecer deslumbramiento frente a luces focales intensas.

El cristalino tiene una cápsula que lo rodea (cápsula anterior y posterior); un núcleo en el centro y una corteza entre el núcleo y la cápsula. Podríamos decir que el cristalino tiene una estructura parecida a un durazno con una cápsula que lo envuelve (equivalente a la piel o pellejo del durazno), y un contenido formado por un elemento duro central (el núcleo del cristalino) equivalente al carozo, y un material más blando periférico ubicado entre el núcleo y la cápsula, denominado corteza (su equivalente sería la pulpa del durazno).

Básicamente la cirugía de la catarata (y la cirugía del cristalino con fines refractivos) consiste en reemplazar el cristalino opaco (en la catarata) o aún transparente o con leves alteraciones (cirugía con fines refractivos) por una lente artificial que se implanta dentro del ojo en el

Tte. Gral. Perón 1479, PB
(C1037ACA), Buenos Aires
{+5411} 4374-5400, líneas rotativas
secretaria@oftalmologos.org.ar

WWW.OFTALMOLOGOS.ORG.AR



mismo sitio que ocupaba el cristalino original. En la cirugía, del cristalino sólo se deja la totalidad de la cápsula posterior y el sector más periférico de la cápsula anterior (a esto se lo denomina “saco capsular”). El resto del cristalino es fragmentado con ultrasonido o con láser y luego es aspirado (la técnica que emplea ultrasonido se denomina “facoemulsificación”). La lente intraocular artificial se implanta habitualmente dentro de ese saco capsular. Por lo tanto la lente se apoya en la cápsula posterior original del cristalino.

Cirugía del cristalino asistida con Láser Femtosegundo.

Este láser permite efectuar diferentes pasos de la cirugía: a) el tallado de la incisión (herida quirúrgica) en la córnea; b) el corte y centrado de un orificio en la cápsula anterior (“capsulorrexia”); C) la prefragmentación del núcleo. Estos pasos pueden ser realizados con el ojo cerrado (sin introducir ningún instrumento en el ojo). Todas estas etapas de la cirugía pueden ser efectuadas igualmente con precisión en forma manual por un cirujano experto con un resultado visual equivalente al obtenido con la cirugía asistida con Femtosegundo.

Que es la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo y la presbicia?

Se trata de lo que denominamos “problemas refractivos” de los ojos, es decir, problemas que impiden un enfoque perfecto de las imágenes en la retina.

Nuestros ojos funcionan como una filmadora.

Esta “filmadora” tiene dos lentes: una fija que es la córnea (es el tejido transparente ubicado en la parte anterior de nuestros ojos) y otra lente interna que se denomina cristalino. Esta lente interna tiene la capacidad de modificar su forma para mantener enfocada la imagen en la retina cuando, por ejemplo, queremos leer un libro. Dicha capacidad disminuye a partir de los 40 años de edad, generando lo que se denomina “presbicia”. La retina es la membrana sensible que tapiza por dentro la pared posterior del ojo. Sus células convierten la luz en una señal eléctrica que luego viaja hacia el cerebro a través del nervio óptico de cada ojo.

Cuando tenemos un problema óptico en los ojos vemos borroso, sin nitidez, porque no podemos enfocar bien las imágenes en la retina.

En el caso de la miopía, el paciente no ve bien los objetos lejanos y ve bien de cerca (lectura). Cuando está viendo objetos distantes la imagen se forma delante de la retina por lo que queda desenfocado y la imagen se percibe borrosa. Son ojos habitualmente más largos que lo normal. Los elementos ópticos tradicionales (anteojos y/o lentes de contacto) desplazan la imagen hacia atrás (hacia la retina) mediante lentes negativas (divergentes ó cóncavas).

En el caso de la hipermetropía el paciente ve mal de cerca (dificultad en la lectura) y, cuando la hipermetropía es de mayor graduación, también ve borroso los objetos lejanos. Aquí la imagen queda enfocada virtualmente por detrás de la retina (son ojos habitualmente más cortos que lo normal). Los métodos ópticos tradicionales (anteojos y/o lentes de contacto)



desplazan la imagen “hacia delante” para que quede enfocada en la retina. Se trata de lentes positivas (convergentes o convexas).

En el **astigmatismo** la imagen que se forma en la retina 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. Es decir que hay una parte de la córnea “que se comporta como un ojo miope” (enfocando la imagen por delante de la retina) o como un ojo hipermetrope (enfocando virtualmente la imagen por detrás de la retina) o una combinación de ambas cosas.

La **presbicia** consiste en la pérdida progresiva de la plasticidad del cristalino para cambiar su forma. Ocurre generalmente a partir de los 40 años de edad y genera una dificultad progresiva para enfocar nítidamente imágenes que están a corta distancia (dificultad en la lectura).

3) En qué consiste la cirugía del cristalino con fines refractivos ?

Qué tipo de lentes intraoculares existen para este tipo de cirugía ?

La cirugía del cristalino con fines refractivos es la misma que se realiza para operar una catarata (facoemulsificación), tal como fue descripto en el punto anterior.

Se trata de cirugías realizadas en una edad promedio del paciente menor que la edad de la cirugía de catarata., Este detalle es importante desde el punto de vista de la cirugía dado que el núcleo del cristalino no es tan duro y se puede fragmentar más fácilmente acortando la cirugía y con menor posibilidad de lesionar los tejidos vecinos (por ejemplo: la córnea).

La anestesia es habitualmente local con gotas (anestesia tópica), y en determinados pacientes se efectúa una anestesia local con una inyección del anestésico en los tejidos que rodean al globo ocular (anestesia local parabolbar). También en ciertos pacientes se utiliza una sedación suave.

El cirujano oftalmólogo ingresa al interior del ojo a través de una incisión (herida quirúrgica) menor a 3 mm, que se realiza en la córnea (tejido transparente ubicado en el sector anterior del ojo) o en un sitio muy próximo a su límite periférico. Esta mínima incisión es tallada de tal forma que es autosellante, es decir que habitualmente no requiere de ningún punto de sutura para lograr ser hermética. En ciertos casos se deja provisoriamente un punto de sutura.



LENTE INTRAOCULARES:

Si las condiciones del ojo lo permiten, el cirujano reemplaza el cristalino por una lente artificial. Esta lente en general se coloca detrás de la pupila en el sitio en el que estaba originalmente el cristalino.

Existen casos (sumamente infrecuentes) en los que no se puede colocar la lente artificial. Estos casos pueden requerir otra cirugía.

Las lentes intraoculares tiene básicamente dos partes: a) una parte central o parte óptica (que es la lente propiamente dicha) y b) una parte periférica (háptica de la lente) que son "las patitas de apoyo".

Desde el punto de vista óptico, existen distintos tipos de lentes intraoculares:

- a) Las **lentes intraoculares monofocales**. Dejan al ojo enfocado para una distancia fija, por ejemplo, para observar objetos lejanos y el paciente debe utilizar un anteojo para lectura y/o computación (visión cercana e intermedia).
- b) Las **lentes intraoculares multifocales o trifocales y las de rango extendido**. El objetivo es lograr una aceptable visión en las diferentes distancias (lejos, intermedia y cerca). En el siguiente punto ("lentes Premium") las analizaremos en detalle.
- c) Las **lentes tóricas** que además de compensar la miopía o el astigmatismo, compensan el astigmatismo (dentro de cierto rango).
- e) Las **lentes con capacidad de acomodación**. Es decir lentes que intentan mantener enfocada la imagen en la retina cualquiera sea la distancia en la que se encuentre el objeto. Estas son lentes que aún no han logrado aceptación y difusión.

Las lentes intraoculares son fabricadas con materiales como plásticos, siliconas, y polímeros. En la cirugía con finalidad refractiva, al realizarse incisiones de un tamaño muy reducido, se utilizan lentes flexibles (se introducen plegadas y se despliegan dentro del ojo).

LENTE INTRAOCULARES MULTIFOCALES ("LENTE PREMIUM")

En la cirugía del cristalino con fines refractivos se utilizan fundamentalmente lentes intraoculares multifocales. Estas lentes, según la forma en que actúan sobre la luz que las atraviesa pueden ser refractivas, difractivas o combinadas. De esta forma dividen a la luz en diferentes focos (multifocalidad).

Las **lentes multifocales refractivas** tienen diferentes áreas anulares concéntricas con diferente poder óptico. Logran así una multifocalidad y una visión muy aceptable en



distancia lejana e intermedia. En ciertos casos la visión cercana (lectura) no es suficiente. La calidad de la imagen depende del tamaño dinámico de la pupila, pueden causar halos y deslumbramiento y reducen la sensibilidad al contraste.

Las **lentes multifocales difractivas** tienen microestructuras difractivas en zonas concéntricas que están más próximas entre sí en la medida en que se alejan del centro de la lente. Los pacientes logran con ellas una buena visión lejana y cercana pero la visión en distancia intermedia puede no ser satisfactoria en algunos casos. No dependen tanto del tamaño dinámico de la pupila pero afectan la sensibilidad al contraste. Las lentes multifocales en general son esféricas para reducir las aberraciones esféricas y mejorar la sensibilidad al contraste.

Las **lentes trifocales** son mejores para aquellos pacientes que necesitan una buena visión en distancia intermedia.

La última generación de **lentes multifocales de profundidad de foco expandido (RANGO EXTENDIDO)** proporcionan una adecuada visión lejana e intermedia pudiendo requerir anteojos cuando la visión próxima es muy exigente (pequeños detalles, leer un prospecto de un medicamento o enhebrar agujas).

La elección del tipo de lente surgirá de un análisis minucioso que efectuará su médico cirujano oftalmólogo luego de tener una detallada entrevista con Ud respecto a su estilo de vida, necesidades profesionales, deportivas, sociales. Con estos elementos y la evaluación preoperatoria de sus ojos (refracción, presión ocular, topografía corneal, examen de la retina, tomografía óptica de la retina, medición de los ojos (biometría), medición del tamaño de su pupila en diferentes condiciones de iluminación, etc), surgirá entonces la elección de la lente intraocular específica para usted.

4) Beneficio que se espera conseguir con la cirugía del cristalino con fines refractivos

El beneficio que se espera conseguir es intentar evitar o en su defecto, reducir la dependencia de los anteojos y/o lentes de contacto en las actividades habituales de la vida diaria.

Nadie le puede garantizar que no va a necesitar usar anteojos, en determinadas circunstancias, luego de la cirugía.

Hay lentes intraoculares que ofrecen un mejor resultado visual en determinado rango de distancias. Esto significa que de las tres distancias básicas (lejos, intermedia y cerca) hay dos en las que se logra un mejor desempeño respecto a la tercer distancia. De acuerdo a sus necesidades en la vida diaria, y de su intercambio de opinión con su médico cirujano



oftalmólogo, se determinará cuál es el tipo de lente que mejor se adapte a su estilo de vida. (Ver lo explicado sobre lentes multifocales en el ítem 3).

Si usted debe manejar muy frecuentemente de noche, puede tener, en ciertas condiciones, visión de halos o imágenes fantasma.

La visión cercana (lectura) puede no ser óptima, principalmente cuando la iluminación del ambiente sea tenue (condiciones escotópicas).

La estabilización de la visión postoperatoria puede no ser inmediata y en ciertos pacientes requiere varias semanas.

Publicaciones científicas basadas en meta-análisis (análisis de datos de publicaciones confiables) refieren una independencia postoperatoria de lentes en el 80 % de los pacientes –o más- para distancia lejana e intermedia y 70 % en corta distancia (lectura).

5) Riesgos y/ó complicaciones posibles en la cirugía del cristalino con fines refractivos

No existe ninguna cirugía sin riesgos.

Usted debe tener muy claro que este tipo de cirugía es electiva, es decir que no existe una enfermedad en sus ojos por la cual sea imprescindible operarlo.

Usted desea ser operado/a para intentar evitar o al menos reducir su dependencia de los anteojos y/ó lentes de contacto. Ud consultó con esa inquietud y su médico oftalmólogo le explicó todas las alternativas posibles.

Por todo esto es muy importante que Ud sepa que en ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos.

La consecuencia más grave es la PÉRDIDA DEFINITIVA DE LA VISIÓN DEL OJO OPERADO. Esto es excepcional pero no imposible.

La gran mayoría de las complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía o con nuevas cirugías y/o con medicación. Puede quedar como consecuencia una reducción de la visión.

En ninguna cirugía intraocular se puede garantizar el resultado visual final.

Para informarlo en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un listado con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes:

A.- INFECCIÓN INTRAOCULAR. (ENDOFTALMITIS INFECCIOSA). Es una Infección dentro del ojo muy poco frecuente (según las estadísticas, en promedio, 6 casos cada 10.000 pacientes operados). En prácticamente todos los casos el germen que la causa está en los tejidos vecinos al ojo del propio paciente. Es sumamente grave y puede terminar, en los casos con una infección agresiva, con la pérdida definitiva de la visión del ojo.



Es fundamental el diagnóstico precoz. **Usted debe consultar inmediatamente si en el postoperatorio siente dolor, si nota disminución de la visión, si los párpados están inflamados o el ojo está muy rojo.** Aún con las más estrictas medidas de bioseguridad puede ocurrir una infección ocular. Es una complicación imposible de prevenir totalmente.

B.- ERROR REFRACTIVO RESIDUAL. Este es un aspecto muy importante dado que el objetivo de la cirugía es reducir al máximo posible la dependencia de los anteojos y/o lentes de contacto. Si bien la mayoría de los pacientes quedan con una refracción final que oscila entre + 0.50 y - 0.50 dioptrías (la dioptría es la unidad de medida de la óptica del ojo y de los problemas refractivos), hay situaciones en las que es más compleja la medición preoperatoria para el cálculo del poder dióptrico de la lente a implantar. Por ejemplo ojos con una longitud o exageradamente corta o larga respecto al rango habitual. Otra situación de difícil medida en el preoperatorio son los ojos que ya han sido operados con el láser Excimer en su superficie corneal.

Un error refractivo residual postoperatorio puede requerir una cirugía refractiva con láser en la córnea; o un recambio de la lente o la colocación de una segunda lente (“piggyback”).

C.- SINDROME TÓXICO DEL SEGMENTO ANTERIOR (TASS). Es una inflamación intraocular postoperatoria inmediata.

D.- OPACIFICACIÓN DE LA CÁPSULA POSTERIOR. Se opacifica la cápsula posterior en la que está apoyada la lente y esto provoca visión borrosa. Es necesario abrirla con impactos de un láser especial (YAG LÁSER). Esta apertura (capsulotomía) genera cierto riesgo de sufrir desprendimiento de retina, principalmente en ojos con miopía. Con las técnicas modernas se ha reducido significativamente la posibilidad de opacificación postoperatoria de la cápsula posterior.

E.- DESPLAZAMIENTO DE LALENTE PROVOCANDO UN DESCENTRAMIENTO. La pérdida de su posición perfectamente centrada en la pupila puede generar una alteración en la visión y pérdida de los beneficios de la multifocalidad.

F.- EDEMA Y DESCOMPENSACIÓN DE LA CórNEA. Consiste en una pérdida de transparencia de la córnea. La córnea es el tejido transparente en la parte anterior del ojo. Es el parabrisas del ojo. Pierde transparencia porque se llena de líquido (edema). Los casos más graves obligan a una cirugía de la córnea (trasplante).



G.- EDEMA DE LA MÁCULA. Se produce una disminución de visión por presencia de líquido en el centro de la retina (edema de mácula). La retina es la membrana sensible que tapiza el interior del ojo y envía las imágenes al cerebro. Cuando se produce un edema macular el paciente sufre una disminución de visión. Más del 90 % de los casos recupera la visión con el paso del tiempo y la medicación. En ciertos casos es necesario efectuar una cirugía en la parte posterior del ojo (vitrectomía).-

H- DESPRENDIMIENTO DE RETINA. Los pacientes miopes tienen un riesgo mayor de sufrir un desprendimiento de retina luego de la cirugía del cristalino. La incidencia general es del 0.25 % (dos casos cada mil operados pero en ojos con miopía puede llegar al 8 %). La cirugía del cristalino (con o sin catarata), aumenta 4 veces el riesgo de padecer un desprendimiento de retina en relación a pacientes de igual edad no operados. Cuando esta complicación se produce, obliga a realizar una o más cirugías. Es posible, aunque muy poco frecuente, la pérdida definitiva de la visión.

I.- IMPOSIBILIDAD DE IMPLANTAR LA LENTE INTROOCULAR PLANEADA. Esto puede ocurrir, por ejemplo, por una ruptura intraoperatoria importante de la cápsula posterior del cristalino. Recordemos que sobre esa cápsula posterior se apoya la lente dentro del saco capsular.

J.- HEMORRAGIA EXPULSIVA. Consiste en una hemorragia intraoperatoria dentro del ojo que puede generar la expulsión del contenido ocular. Cuando ocurre en general lleva a la pérdida definitiva de la visión. Es imposible de prever totalmente. Es una complicación excepcional con las nuevas técnicas de incisiones mínimas (herida quirúrgica mínima) y estabilidad de los parámetros oculares y clínicos durante la cirugía.

K.- GLAUCOMA. Es excepcional con las nuevas técnicas quirúrgicas. Consiste en un aumento de la presión ocular. Esta situación puede necesitar medicación (gotas) de por vida y en casos aislados, cirugía.

L.- NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA. Consiste en la pérdida de la visión del ojo operado por una isquemia, es decir, una alteración grave de la irrigación sanguínea del nervio óptico. Se trata de un verdadero infarto del nervio óptico. Es una complicación de extremadamente baja frecuencia y no depende del cirujano sino de una predisposición de determinados pacientes. Es imposible de prevenir.



M.- HIPOTONÍA OCULAR. El ojo tiene menor presión que la normal en el postoperatorio. Habitualmente es transitoria.

N.- OTRAS COMPLICACIONES:

- a) Visión doble (diplopía) Puede necesitar otra cirugía.
- b) Pupila desplazada y/o deformada;
- c) Reflejos en la pupila.
- d) Inflamación crónica del ojo (necesita medicación y a veces, cirugía con extracción de la lente intraocular).
- e) **Halos, imágenes fantasmas (disfotopsias), "moscas volantes". Dificultades, por ejemplo, en la conducción de vehículos durante la noche.**
- f) Ptosis palpebral. El párpado superior del ojo operado se encuentra descendido luego de la cirugía generando una asimetría respecto a la posición del párpado superior del otro ojo. Puede requerir una cirugía reparadora.

LA ANESTESIA Y SUS RIESGOS POTENCIALES

La anestesia habitualmente es local con gotas (anestesia tópica)

Cuando la anestesia local se efectúa con una inyección de la droga anestésica en los tejidos que rodean al ojo (anestesia local paravulbar), una complicación sumamente infrecuente (excepcional) pero posible, es la perforación del globo ocular durante la inyección anestésica. Esto puede generar una hemorragia intraocular y, en determinados casos un desprendimiento de retina que puede requerir una o más intervenciones quirúrgicas existiendo el riesgo de una pérdida definitiva de la visión.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL POSTOPERATORIO:

Si durante el post operatorio Ud. nota una **disminución de visión en el ojo operado, dolor, edema de los párpados ("hinchazón" de párpados), el ojo se pone más rojo o tiene secreción**, tiene que acudir inmediatamente para que su cirujano, su equipo o una guardia oftalmológica lo examinen sin demoras.

6) ¿Existen otras alternativas ? (Tratamientos refractivos alternativos)

A) Alternativa no quirúrgica para no usar anteojos..

Lentes de contacto con la estrategia de monovisión.

En el ojo dominante se utiliza la lente con la corrección para la visión lejana y en el otro ojo la corrección óptica para visión cercana (lectura o intermedia).



Requiere una prueba de tolerancia previa. El paciente debe adaptarse a utilizar otros parámetros de estereopsis propios de la visión binocular para tener sensación de relieve y profundidad (visión en 3D)

B) Alternativas quirúrgicas:

B1).- **Cirugía refractiva con láser sobre la córnea.**

La técnica más frecuente es el **LASIK**. Se utiliza un láser denominado Excímer Láser para modificar la curvatura de la córnea y así cambiar su poder óptico para compensar el problema óptico que padece el paciente.

Otras técnicas con este láser se dominan PRK y LASEK.

Sólo están indicados en miopías e hipermetopías leves o moderadas.

Se puede emplear la estrategia de **monovisión** con una corrección para visión lejana en el ojo dominante y para visión cercana en el otro ojo. Existen estrategias para la presbicia empleando el láser Excimer en la superficie corneal.

B2).- **Implante de una lente intraocular sin remover el cristalino.**

Se las denomina **lentes intraoculares fáquicas**. Pueden ser de tres tipos según donde se las implantan:

- a) inmediatamente por delante del cristalino y detrás del iris (se llaman lentes fáquicas de cámara posterior);
- b) lentes intraoculares fijadas al iris y
- c) lentes intraoculares de cámara anterior (se las coloca entre el iris y la córnea)

Ventaja de la cirugía de reemplazo del cristalino por una lente ubicada en el saco capsular: La ventaja de implantar una lente intraocular en el lugar en que originalmente está ubicado el cristalino es que si la lente está bien centrada y sin inclinación, la calidad óptica de la imagen es superior.

Complicaciones posibles en las cirugías alternativas:

- A) En la cirugía refractiva con Excímer Láser una complicación, aunque muy infrecuente, es el debilitamiento de la córnea y su deformación en forma de cono (ectasia corneal) que puede requerir un trasplante de córnea en casos extremos. También puede ocurrir alteraciones en la transparencia de la córnea, infecciones o inflamaciones de la córnea (queratitis) y un cuadro de ojo seco.



Desde el punto de vista del resultado óptico, con estas cirugía con Excímer Láser el efecto puede disminuir con el tiempo, la calidad visual es menor que con las lentes intraoculares y plantean un desafío a futuro para efectuar las mediciones cuando el paciente tenga eventualmente que operarse de catarata. Tampoco se puede corregir con el laser problemas ópticos de elevada graduación.

- B) En las cirugía de colocación de una lente intraocular, sin remover el cristalino, (lentes intraoculares fáquicas), las complicaciones posibles son las mismas a las ya descriptas para la cirugía de reemplazo del cristalino A estas se agregan las siguientes: a) el desarrollo de una catarata en el caso de lentes intraoculares fáquicas de cámara posterior; b) en el caso de la lente fijada al iris la posibilidad de dispersión de pigmento del iris y glaucoma pigmentario (aumento de la presión ocular) o modificación de la forma de la pupila; y c) en el caso de las lentes de cámara anterior, la posibilidad que se descompense la córnea y sea necesario efectuar un trasplante de córnea.

7) ¿Qué ocurre si no se realiza la cirugía del cristalino con fines refractivos ?

Si no se realiza la cirugía del cristalino con fines refractivos, no hay ningún tipo de consecuencia que dañe a sus ojos y su visión. Ya le hemos explicado que es una cirugía electiva. Si usted decide no someterse a esta intervención, seguirá dependiendo de sus anteojos y/o lentes de contacto. Si en el futuro desarrolla una catarata (opacidad en el cristalino), en la cirugía de esas cataratas le podrán implantar una lente intraocular que cumpla con los mismos objetivos que la cirugía con fines exclusivamente refractivos. Es decir que le quitarán la catarata y le colocarán una lente intraocular que puede reducir su dependencia de anteojos y lentes de contacto.

8) Características particulares que presenta su caso:



9) Espacio para anotar dudas o preguntas

10) Consentimiento. (Autorización para efectuar la cirugía)

Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y habiendo aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me realice una cirugía del cristalino con fines refractivos mediante el implante de una lente intraocular en mi ojo _____ por el 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:

SI / NO AUTORIZO al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Publicaciones Médicas y/o ámbitos científicos, respetando mi identidad. (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 efectuar una cirugía del cristalino con fines refractivos mediante el implante de una lente intraocular en mi ojo _____ He sido informado/a sobre las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión, descriptas en el ítem 7 de este formulario.

Firma del paciente: _____

Aclaración: _____ DNI _____

Firma del testigo: _____

Aclaración: _____ DNI _____