

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE QUERATOCONO MEDIANTE CROSS-LINKING

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La córnea es el tejido transparente que forma la parte anterior de la pared del ojo. Cualquier enfermedad que altere su transparencia y/o su forma va a impedir que los rayos de luz que la atraviesan puedan formar una imagen nítida en la retina.

El queratocono es una afección del ojo que se produce cuando la córnea (la parte frontal transparente y en forma de cúpula del ojo) se hace más fina y sobresale progresivamente en forma de cono. Una córnea en forma de cono causa visión borrosa, molestias y sensibilidad a la luz.

Una técnica para tratar este problema es el cross-linking. Consiste en quitar el epitelio de la córnea (es la capa más superficial) y luego aplicar un goteo de colirio de vitamina B2 sobre el ojo. Esto se hace para sensibilizar la córnea a los rayos ultravioleta e impedir que afecte a otras partes del ojo. Después se expone al ojo a estos rayos durante otra media hora. Al término de la exposición de los rayos UVA, el ojo debe medicarse con una pomada antibiótica y permanecer o no ocluido durante algún tiempo, para permitir que el epitelio recubra de nuevo la córnea. Por fin, se coloca una lente de contacto terapéutica para proteger la zona.

Este tratamiento se hace con anestesia local tópica (gotas en el ojo).

La finalidad de esta técnica es reforzar la estructura de la córnea, darle mayor rigidez y con ello impedir y/o enlentecer la progresión del queratocono. Así mismo, se ha demostrado que en algunos casos este tratamiento puede ser útil en la reducción del astigmatismo y mejora de la agudeza visual.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor.
- Párpados inflamados.
- Ojo muy rojo o con secreción.
- Infección en la córnea (queratitis, abscesos).
- Infiltrados estériles o queratitis infecciosa.
- Edema estromal.
- Disminución de transparencia observada en la córnea.
- Pérdida de células endoteliales.
- Reepitelización retardada.
- Progresión del queratocono.
- Opacidades en la córnea (producto del proceso de cicatrización).
- Disminución o pérdida de la agudeza visual.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

- ☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Menores de 14 años.
- Durante el embarazo o la lactancia.
- Colagenopatías.
- Ojo seco severo.
- Historia de queratitis por herpes.
- Presencia de cicatriz corneal.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Trasplante de córnea (parcial o total).
- Implante de anillos intracorneales.

AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO DE QUERATOCONO MEDIANTE CROSS-LINKING”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª., así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En, a



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Oftalmología

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: