

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO EN TERAPIA NOCTURNA (ORTOQUERATOLOGÍA) PARA LA CORRECCIÓN DE LA MIOPIA.**

El programa de tratamiento de Ortoqueratología requiere el uso de lentes de contacto rígidas permeables a los gases, de geometría inversa, diseñadas especialmente para modificar la forma de la córnea. El cambio de forma de la córnea tiene como objetivo obtener un gran incremento de la agudeza visual sin necesidad de utilizar ayudas ópticas (gafas o lentes de contacto) durante el día. Las lentes de geometría inversa difieren de las convencionales en que están diseñadas para mantener entre ellas y el ojo una capa de lágrima de forma determinada y especial que induce el moldeo corneal, mientras que las lentes convencionales mantienen una capa uniforme de lágrima que no conduce a cambios en la forma de la córnea. Para que el cambio deseado se produzca, es necesario dormir con las lentes puestas todas las noches de manera indefinida, retirándolas al levantarse por la mañana.

### **Riesgos del tratamiento.**

Aunque las lentes de contacto se han usado para realizar Ortoqueratología desde los años 60, en la actualidad se han desarrollado materiales y geometrías que reducen drásticamente el tiempo de adaptación y los riesgos potenciales para la salud ocular. No obstante, como todas las lentes de contacto, mientras se estén usando durante el día o durante la noche tienen riesgos de irritación ocular transitoria, ya sea causada por alergia, reducción de la cantidad de oxígeno o estimulación mecánica. Estos efectos suelen cesar en cuanto se extraen las lentes de los ojos y no requieren tratamiento en la mayoría de los casos, aunque en ocasiones es necesaria la instauración de un tratamiento con antibiótico y/o antiinflamatorio. EL riesgo más importante es la infección o úlcera corneal, lo cual ocurre en un bajo porcentaje de casos de usuarios de lentes de contacto rígidas (aproximadamente 1 de cada 10.000) y cuya incidencia está normalmente relacionada con una baja higiene o un mal uso de los lentes. En la rara situación en la que ocurre una infección corneal, es inusual, aunque posible, la pérdida permanente de agudeza visual. Esta probabilidad es tanto menor cuanto más rápidamente sea tratada. En casos extremos es incluso posible la pérdida del globo ocular.

### **Reconocimiento de información.**

He tenido la oportunidad de informarme sobre el tratamiento y sus riesgos con mi Optometrista y dirigirle todas las cuestiones que he considerado oportunas, que me han sido contestadas satisfactoriamente. Comprendo los posibles riesgos del tratamiento y que los resultados no pueden estar garantizados. Entiendo que de no estar satisfecho con el tratamiento puedo dejar de usar las lentes de contacto y recuperar la visión actual con gafas o lentillas convencionales entre 1 y 3 semanas. Estoy de acuerdo en seguir el programa de tratamiento y los consejos e instrucciones que se me proporcionen, incluido el cuidado correcto de los lentes. Entiendo que mi adaptador va a asegurarse que yo obtenga del tratamiento el mejor resultado posible y que yo debo comunicarle todo lo concerniente a problemas y complicaciones que aparezcan durante el tratamiento. Entiendo que el proceso de la ortoqueratología, si bien se ha demostrado que ralentiza el incremento de la miopía, no lo detiene, y por lo tanto no puedo esperar que mi defecto refractivo se mantenga estable a lo largo del tiempo. Entiendo que la Ortoqueratología es un procedimiento totalmente reversible y que el uso de las lentes especiales debe continuarse indefinidamente para mantener el



**PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CENTRO DE OPTICA AVANZADA. UNIDAD DE CONTACTOLOGÍA.  
Galileo 108. 28003 Madrid.  
91-5547996

efecto. Confirmando que voy a seguir los consejos e instrucciones de mi adaptador para obtener el resultado óptimo y acudiré a las citas de control programadas o a las que se me requiera.

Si durante el tratamiento aparece dolor ocular, ojo rojo o secreciones oculares (legañas) me quitaré inmediatamente los lentes y contactare con mi Optometrista en el teléfono ..... En el caso que no sea posible, entonces me dirigiré al servicio de oftalmología de guardia.

**Consentimiento de adaptación.**

Doy mi autorización para que se me realice el tratamiento ortoqueratológico, asumo los riesgos que conlleva, y me comprometo a seguir las instrucciones que me sean dadas por mi Optometrista.

**Madrid a ..... de ..... de 200 .**

**Nombre y firma.**

**D/Dña .....**

**Si el paciente tiene menos de 18 años, el padre o tutor;**

**Nombre y firma.**

**D/Dña. ....**

**Optometrista-Contactólogo.**

**DOO. Col. ....**

**D. ....**