

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted de su consentimiento a la adaptación individualizada de lentes de contacto de control de la miopía y realizar las pruebas pertinentes. Por ello es indispensable que lo lea con atención y comprenda totalmente su contenido. Si Vd. lo firma significa que ha entendido nuestras explicaciones y nos autoriza a que procedamos a la adaptación de la lente que requiere.

¿Qué es una lente de contacto?

Un producto sanitario, biocompatible con la fisiología, bioquímica y biomecánica ocular, que requiere adaptación individualizada, destinado a la compensación de defectos de la refracción (o ametropías).

¿Qué son los defectos de la refracción?

Toda causa física (aberraciones de bajo orden), que produce visión borrosa en un ojo sano. Son defectos de la refracción:

- **Miopía:** condición óptica por la cual la imagen de un objeto distante se enfoca por delante de la retina, bien sea porque la longitud del ojo sea muy larga, o porque el poder refractivo ocular sea excesivo. Esta condición hace que los objetos distantes se vean desenfocados.
- **Hipermetropía:** condición óptica por la cual la imagen de un objeto distante es enfocada virtualmente por detrás de la retina.
- **Astigmatismo:** condición (que se puede combinar con las anteriores) en la cual el poder refractivo ocular es diferente en función del meridiano considerado. Esto genera una borrosidad perceptible a todas las distancias.

Contraindicaciones para la adaptación de lentes de contacto

- Condiciones que cursen con debilitación de la capa epitelial de la córnea.
- Inflamaciones o infecciones en la cámara anterior del ojo.
- Inflamaciones o infecciones en la córnea, conjuntiva o párpados déficit de la producción lagrimal.
- Problemas de sensibilidad corneal: excesiva o nula sensibilidad corneal. o Inmunodeficiencias.
- Estar tomando medicación que pueda interferir en el uso de las lentes de contacto, tales como antihistamínicos, corticoides, diuréticos, tranquilizantes...
- Pacientes sometidos a ambientes con mucha contaminación o personas que se maquillen los ojos con exceso.
- Pacientes que no se comprometan a cumplir las normas de utilización y de limpieza de las lentes de contacto indicada.

Riesgos y complicaciones

Aunque en la gran mayoría de casos, la adaptación de lentes de contacto no provoca ningún daño para la superficie ocular, existen ciertos riesgos o complicaciones asociadas principalmente a una

mala manipulación o mala higiene de las mismas, como son: visión borrosa, inflamación de la conjuntiva (conjuntivitis), inflamación de la córnea (queratitis), erosiones corneales, inflamación de los párpados (blefaritis), edema corneal (hinchazón corneal por falta de oxigenación), vascularización corneal (aparición de vasos sanguíneos a nivel corneal generalmente por falta de oxígeno, que puede provocar pérdida de transparencia y por tanto de visión), infiltrados corneales (queratitis microbiana), reacciones tóxicas, úlceras corneales y pérdidas de transparencia corneal (leucomas). Por ello, es importante que siga las instrucciones.

Pruebas que serán realizadas con las lentes de contacto y sin ellas.

- Refracción
- Queratometría
- Medir agudeza visual con un contraste del 30%, fotópico y escotópico
- Estereopsis
- Halomertía

DECLARO QUE:

He leído y comprendido totalmente el presente documento. La estudiante ANDREEA BILBA del grado de Óptica y Optometría en la Universidad de Zaragoza me ha facilitado información sobre las indicaciones de uso de las lentes de control de la miopía y las pruebas que se realizaran. También me ha comunicado los posibles riesgos y complicaciones de su uso, que asumo conscientemente.

Manifiesto, con mi firma, mi consentimiento libre y voluntario para la adaptación de lentes de contacto de control de la miopía y me comprometo a observar las condiciones de uso recomendadas.

En, a dede

Firma del responsable de la adaptación

Firma del usuario

ANEXO 2. FICHA PACIENTE

NOMBRE:

FECHA NACIMIENTO:

SEXO:

PROFESIÓN:

HISTORIA MÉDICA:

ALERGIAS:

HISTORIA OCULAR:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

RX EN SU GAFA:

	ESF (D)	CIL (D)	EJE (°)
OD			
OI			

REFRACCIÓN OBJETIVA AUTOREFRACTÓMETRO

	ESF (D)	CIL (D)	EJE (°)
OD			
OI			

REFRACCIÓN SUBJETIVA

	ESF (D)	CIL (D)	EJE (°)	AV FOTÓPICA (VL)	AV ESCOTOPICA (VL)	AV CONTRASTRE 30% (VL)	AV (VP)
OD							
OI							
BINO							

		OD (mm)	OI (mm)
DHVI			
DIÁMETRO PUPILAR	FOTÓPICO		
	ESCOTÓPICO		
QUERATOMETRÍA			
DOMINANCIA OCULAR			

ESTEREOPSIS:

HALOS:

LENTE A:

	AV FOTÓPICA (VL)	AV ESCOTOPIC A (VL)	AV CONTRASTRE 30% (VL)	AV (VP)
OD				
OI				
BINO				

ESTEREOPSIS:

HALOS:

LENTE B:

	AV FOTÓPICA (VL)	AV ESCOTOPICA (VL)	AV CONTRASTRE 30% (VL)	AV (VP)
OD				
OI				
BINO				

ESTEREOPSIS:

HALOS:

ANEXO 3. CUESTIONARIO

1. Cuando utilizo mis lentes de contacto tengo problemas para ver bien de lejos.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

2. Cuando utilizo mis lentes de contacto tengo problemas para ver bien por la noche.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

3. Cuando utilizo mis lentes de contacto tengo problemas para ver bien de cerca con luz.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

4. Cuando utilizo mis lentes de contacto tengo problemas para ver bien de cerca con poca luz.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

5. Cuando utilizo mis lentes de contacto tengo problemas para ver el ordenador y jugar a videojuegos.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

6. Al realizar deporte o actividades al aire libre tengo problemas con mis lentes de contacto.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

7. Al llevar las lentes de contacto noto dificultad al mirar en las diferentes posiciones de mirada.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

8. Al llevar las lentes de contacto puestas noto malestar o incomodidad.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

9. Al llevar las lentes de contacto puestas noto dolor ocular.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo

10. Cuando utilizo las lentes de contacto los ojos me pican, me queman o los noto muy secos.
 - a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Moderado
 - d. Severo
 - e. Muy severo