

COBERTURA DE EXCIMER LASER

NORMATIVA

1. En Miopías:

- Miopía mayor de -3,5 D y menor a -8D (Miopías + Astigmatismos superiores a -8 D tienen indicación de LIO fáquica al igual que hipermetropías mayores a +4,5 D)
- Anisometropía superior a 2 Dioptrías

2. En Astigmatismo:

- Mayor a -3 D puro
- Mayor a -2D asociado a miopías mayor a -2D o a hipermetropía mayor a +1,5 D

3. En hipermetropías

- Mayor a +1,5 D y menor a +4,5 D (En pacientes entre 40 y 65 años de edad)

Causas médicas que son de indicación para cirugía refractiva

- Intolerancia a lentes de contacto médicamente evidenciables, por ej.: queratitis a repetición con el uso de lentes de contacto, conjuntivitis papilar gigante por uso prolongado de los mismos, infecciones corneales, etc.
- Causas laborales precisas, por ej.: operarios de máquinas de alta precisión donde es fundamental la nitidez total y pacientes que trabajan en ambientes muy húmedos y calurosos que impiden el uso de corrección aérea.

- Intolerancia al uso de anteojos por anisometrías que producen aniseiconia, ésto es la diferencia importante en la graduación entre un ojo y el otro con la imposibilidad resultante para fusionar las imágenes que pueda dar visión doble, imágenes aberrantes, mareos,etc.

Contraindicaciones

- Miopías evolutivas, queratocono evolutivo, cataratas, uveítis, ojo seco severo, blefaritis y alergias, glaucoma no controlado, colágenopatías, inmunosupresión, ojo único, expectativas no comprendidas o aumentadas en el paciente, menores de 20 años de edad, diabetes, ambliopía profunda de un ojo, queloides, etc.-