

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Orden de la Generalitat de Catalunya, (DOGC nº 1477 de 7-8-1991)

TRANSPLANTE DE CÓRNEA

¿QUÉ ES LA CÓRNEA?

La córnea es la estructura anterior del ojo cuya característica principal es la transparencia para permitir el paso de luz y la imagen. La córnea puede estar alterada por opacidades (adquiridas o de nacimiento), edemas, o por una deformación (la más frecuente, queratocono).

¿POR QUÉ HACER UN TRANSPLANTE DE CÓRNEA?

La finalidad de realizar un trasplante de córnea es recuperar la transparencia de la córnea para permitir el paso de luz y la imagen al interior del ojo.

La córnea para transplantar procede de un donante previo paso por el **Banco de Ojos**. Se cumplen los requisitos legales así como las pruebas analíticas necesarias para la donación según la legislación vigente. Debido a la donación anónima y altruista de las córneas agradecemos la generosidad de las familias de los donantes. Situación especial es la de los **autotrasplantes**, donde la córnea es del propio paciente que se rota para conseguir evitar alguna opacidad, o bien se utiliza la córnea del otro ojo.

¿EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA DEL TRASPLANTE DE CÓRNEA?

La cirugía del trasplante es una **Cirugía Mayor** que consiste en sustituir la córnea patológica por la córnea del donante.

Hospitalización: Precisa unas horas de inmovilización y reposo postoperatorio según la indicación del oftalmólogo.

Anestesia: Se precisa anestesia general o local.

Técnica operatoria: consiste en sustituir la córnea enferma por la córnea donante mediante la extracción y sutura de la córnea receptora. La cirugía del trasplante corneal puede ir asociada a la cirugía de la catarata o del glaucoma siendo en estos casos más complicada la recuperación visual. Se realiza en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias.

RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN LA CIRUGÍA DEL TRASPLANTE DE CÓRNEA

Como todo acto quirúrgico mayor pueden suceder situaciones imprevisibles que requieren tratamiento particular en cada caso. Los riesgos o complicaciones más importantes y graves, aunque muy poco frecuentes, son los derivados de la anestesia ya sea local o general, pudiendo ocurrir coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por parada cardio-respiratoria, siendo una complicación excepcional.

Complicaciones operatorias como hemorragia masiva que puede conducir a una pérdida de visión... Complicaciones postoperatorias: puede precisar reintervenir para completar sutura, rechazo del trasplante corneal, infección intraocular, aumento de la presión intraocular, pérdida de la transparencia, astigmatismo en la córnea trasplantada, recidiva de la enfermedad corneal...

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Las posibles complicaciones del trasplante corneal pueden conducir a un fracaso en la recuperación visual, pudiendo, en algunas ocasiones, repetir el trasplante corneal.

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA HABITUAL

En la gran mayoría de los pacientes el ojo operado no es doloroso, aunque sí pueden presentar molestias. La recuperación visual es progresiva, el seguimiento postoperatorio es de varios meses, no siendo infrecuentes las complicaciones a largo plazo. Puede precisar corrección óptica, gafas o lentillas para conseguir la mejor visión posible. Precisa tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general, incluso medicación inmunodepresora.

ALTERNATIVAS AL TRASPLANTE DE CÓRNEA

Salvo en casos muy concretos no existe otro tratamiento para recuperar la transparencia de la córnea que el trasplante. En algunas ocasiones es necesario para la conservación del globo ocular cuando existe peligro de perforación.

D/ª:

Fecha:

- He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en su caso se aplique.
- Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

• Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria -y a efectos de lo dispuesto en el Art.6 de la Ley 30/79 de fecha 27-10-79 sobre Extracción y Trasplante de Órganos (B.O.E., 6-11-79) y en cumplimiento de lo dispuesto en el Art.12-4 del Real Decreto 426/1980 de 22-02-80, por el que se desarrolla dicha Ley,- doy mi consentimiento:

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.
- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.
- Para que pueda asistir personal autorizado a la cirugía.
- Para que, en caso de que exista un contacto accidental (pinchazo o salpicadura) de mi fluido biológico (sangre, orina, etc) con uno de los profesionales del Centro, se me practique como Medida de Prevención de Riesgos Laborales, una extracción de sangre y una posterior analítica para determinar VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Prof. Joaquín Barraquer

Dr./Dra

TUTOR LEGAL o FAMILIAR:

D/ª:

DNI:

FIRMA DEL TUTOR o FAMILIAR