

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA (QUERATOPLASTIA)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El trasplante de córnea se utiliza para restaurar la transparencia y la regularidad de la córnea cuando esta se ha alterado por la acción de enfermedades o lesiones traumáticas. Al ser la córnea el primer tejido ocular que deja pasar la luz al ojo y que la enfoca en la retina, es importante que la córnea sea transparente y tenga una curvatura adecuada. Existen en la actualidad muchas técnicas de trasplante de córnea que se utilizan dependiendo de la lesión corneal y su etiología y son las siguientes:

☐ **Trasplante corneal o queratoplastia penetrante (QP):** Se utiliza cuando todas las capas de la córnea están afectadas. En ella se extraen todas las capas de la córnea y se sustituye por una córnea sana de donante.

☐ **Trasplante corneal o queratoplastia lamelar anterior.** Puede ser superficial (técnica SALK) o profunda (técnica DALK). Se utiliza para tratar lesiones de las capas de la córnea anteriores. En ella se sustituyen el epitelio y parte del estroma corneal del paciente por los procedentes de una córnea sana de donante. Con este tipo de trasplante se conserva en el receptor varias capas de la córnea: parte del estroma, membrana de Descemet y endotelio, por lo que presenta menos peligro de rechazo que la queratoplastia penetrante.

☐ **Trasplante corneal o queratoplastia lamelar posterior.** Se utiliza para tratar lesiones de las capas más internas de la córnea: la membrana de Descemet y el endotelio corneal. En ella se sustituyen el endotelio solamente (técnica DMEK) o el endotelio, la membrana de Descemet y una fina capa del estroma (técnica DSAEK). Estas dos técnicas se realizan a través de una pequeña incisión por lo que prácticamente no deforman la curvatura corneal y al conservar las capas más externas (epitelio y estroma) de la córnea del receptor tienen menos peligro de rechazo.

El trasplante de córnea se realiza con anestesia local o general y dura aproximadamente una hora, aunque es posible que se ingrese al paciente porque en ciertos trasplantes se debe mantener la posición acostada durante un tiempo y se requieren revisiones oculares postoperatorias.

Las queratoplastias penetrantes y las lamelares anteriores requieren el uso de suturas que se pueden quitar meses o años después del trasplante, mientras que las lamelares posteriores requieren, y solo a veces, uno o dos puntos de sutura.

La recuperación visual se produce en días en las queratoplastias lamelares anteriores, semanas en las lamelares posteriores y meses en las penetrantes. En el postoperatorio se debe llevar un tratamiento con fármacos que se debe mantener durante meses o incluso de por vida. Se debe además evitar hacer esfuerzos y frotar el ojo.

La elección de una u otra técnica será hecha mediante el criterio del médico que informará y consensuará con el paciente. La técnica que se va a realizar en este caso es la señalada.

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:

- Lesiones de otras estructuras oculares.
- Dolor ocular, lagrimeo y fotofobia.
- Edema corneal.
- Dehiscencia de suturas.
- Malposiciones del trasplante.
- Infecciones, uveítis.
- Desprendimiento de retina.
- Aumentos de la tensión ocular.
- Catarata.
- Rechazo del trasplante.
- 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)*

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

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

CONTRAINDICACIONES

- Patologías oculares graves no controladas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA “TRASPLANTE DE CÓRNEA (QUERATOPLASTIA)”

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

| | |
|----------------------|-------------------------|
| 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: