

# Transplante de córnea o queratoplastia

Nº de Historia: \_\_\_\_\_

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_  
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)  
con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_  
(Domicilio del representante legal)

En calidad de \_\_\_\_\_ de Don/Doña.: \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

## DECLARO

Que el DOCTOR/A \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a someterme a la cirugía de TRASPLANTE DE CÓRNEA O QUERATOPLASTIA.

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en sustituir la córnea enferma, por córnea donante transparente. Se realiza en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias. La córnea es la estructura anterior del ojo cuya característica principal es la transparencia para permitir el paso de la luz y la imagen. La córnea puede estar alterada por opacidades (adquiridas o de nacimiento), edemas, o por una deformación.

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

En algunas ocasiones es necesario para la conservación del globo ocular cuando existe peligro de perforación.

El injerto corneal para trasplantar 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.

La cirugía del trasplante es una Cirugía Mayor que precisa unas horas de inmovilización y reposo postoperatorio según la indicación del oftalmólogo.

Se precisa anestesia general o local.

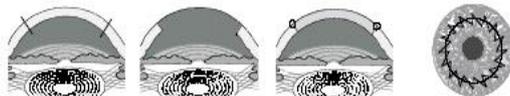
En la gran mayoría de los pacientes el ojo operado no es doloroso, aunque sí pueden presentar molestias.

La recuperación visual es progresiva, el seguimiento postoperatorio es de varios meses, no siendo infrecuentes las complicaciones a largo plazo. Precisa tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general, incluso medicación inmunosupresora.

La visión puede no recuperarse aunque la operación sea satisfactoria si existe lesión en otras partes del globo ocular, alteraciones en la retina, patología del nervio óptico, glaucoma, retinopatía diabética, ojo vago, etc.

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.

La cirugía del trasplante corneal puede ir asociada a la cirugía de la catarata o del glaucoma siendo en éstos casos más complicada la recuperación visual. Se realiza en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias.



La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos, pudiendo asistir al mismo personal autorizado.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo principal de la Queratoplastia es recuperar la transparencia de la córnea para permitir el paso de la luz y la imagen al interior del ojo y así poder mejorar la visión perdida a causa de la opacificación de la córnea y conseguir una visión útil siempre que no existan otras patologías oftalmológicas asociadas que lo impidan.

El otro objetivo también beneficioso para el paciente es que se suprime el defecto estético que sufría al tener una córnea opaca y blanquecina que en ocasiones le provocaba alteraciones psicológicas y de su personalidad al contemplarse frente al espejo con su ojo sano.

En algunas ocasiones es necesario para la conservación del globo ocular cuando existe peligro de perforación.

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, salvo en casos muy concretos en que se puede resolver la opacidad con el láser Excimer (PTK) o fotoqueratectomía terapéutica, o Queratoplastia lamelar, no existe procedimiento alternativo. Existe otro procedimiento para casos muy especiales que es la queratoprótesis.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

En la gran mayoría de los pacientes el ojo operado no es doloroso, aunque sí pueden presentar molestias fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento ocular, etc., que se puede prolongar durante varias semanas.

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.

Es necesario mantener tratamientos con colirios durante períodos prolongados de tiempo, asociados casi siempre a medicación por vía general, que suele incluir cortisona e inmunosupresores.

No se puede predecir con exactitud cuánta visión se va a recuperar.

La visión no será máxima al menos hasta que se retiren los puntos de sutura y posterior graduación, como mínimo un año después de la cirugía.

Existe siempre riesgo de rechazo, que no siempre es controlable con medicación.

Aun en ausencia de complicaciones, después de la intervención la visión suele estar disminuida.

Si no se realiza la intervención no es posible recuperar la visión y el paciente continuaría con mala visión, en caso de perforación puede perder el ojo.

Toda intervención quirúrgica comporta algún tipo de riesgo. En este caso hay que tener presente que aunque estamos ante una técnica de eficacia suficientemente contrastada en gran número de pacientes, no está exenta de potenciales complicaciones:

Fecha de Aplicación: Junio 2015

Rev. 3

a) Durante la intervención pueden aparecer complicaciones como daños sobre el iris, cristalino, profusión del iris y cristalino pérdidas de vítreo, hemorragia expulsiva, etc.

b) Después de la operación (en el postoperatorio), las principales complicaciones que pueden aparecer son:

Inflamación de la córnea.

Rechazo del injerto.

Aumento de la tensión ocular o glaucoma.

Alteraciones permanentes de la transparencia corneal que requerirán un nuevo trasplante.

Astigmatismo.

Rotura de la sutura y reapertura de la herida que puede precisar reintervenir para completar sutura.

Hemorragia o infección intraocular.

Edema ulceración y necrosis del injerto.

Vascularización del injerto..

Recidiva de la enfermedad original en la córnea donante especialmente en los casos de distrofias corneales, queratitis herpética, etc.

Cicatriz filtrante y/o ectasia del injerto.

Colapso de la cámara anterior.

Sinequias anteriores o hernia de iris.

Vascularización del injerto.

Uveítis.

Desprendimiento de coroides con o sin hipotonía.

Suele quedar un defecto de refracción, especialmente astigmatismo, que puede corregirse total o parcialmente con gafas o con una segunda intervención.

Las posibles complicaciones de la queratoplastia pueden conducir a un fracaso en la recuperación visual, precisando en algunas ocasiones nuevo trasplante.

Otros riesgos relativamente poco frecuentes son los inherentes a la técnica anestésica empleada: Entre los riesgos están la hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina, lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardiovascular y pulmonar, reacción tóxico-alérgica, pudiendo incluso ocurrir especialmente en casos de anestesia general y de forma excepcional coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por parada cardio-respiratoria.

Las complicaciones oculares más graves aunque poco frecuentes (menos del 0,4%) son la hemorragia expulsiva y las infecciones intraoculares o endoftalmítis, que podrían llevar a la pérdida del ojo de forma más o menos inmediata.

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias. En mujeres se debe informar al médico si está embarazada o en periodo de lactancia.

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

**Otros riesgos o complicaciones** que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: \_\_\_\_\_

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Y en tales condiciones

## CONSENTO

Que se me realice la **CIRUGÍA DE TRASPLANTE DE CÓRNEA**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2 \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

## REVOCACIÓN

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_  
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_  
(Domicilio del representante legal)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2 \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_