

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 QUERATOPLASTIA LAMELAR.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en sustituir una parte del espesor corneal enfermo, en general las capas más superficiales, por córnea donante, respetando las capas más profundas de la córnea. 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 realizar una queratoplastia lamelar es recuperar la transparencia de la córnea para permitir el paso de la luz y la imagen al interior del ojo.

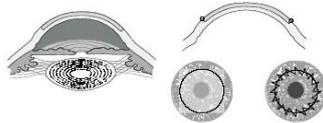
En algunas ocasiones es necesario para la conservación del globo ocular cuando existe peligro de perforación. El injerto corneal para trasplantar procede de un donante previo paso por el Banco de Ojos. Se cumplen los requisitos legales así como las pruebas analíticas necesarias para la donación según 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.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo principal de la Queratoplastia lamelar 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 parcial de la córnea y conseguir una visión útil siempre que no existan otras patologías oftalmológicas asociadas que lo impidan.

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, no existe otra más que la realización de una Queratoplastia o trasplante total de la córnea pero esto conlleva un mayor riesgo de rechazo.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Tras la intervención es normal sufrir molestias, fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento ocular, etc., que se puede prolongar durante varias semanas. 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.

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.

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:

a) Durante la intervención pueden aparecer complicaciones como daños corneales, como perforación que precise la reconversión a un trasplante total de córnea

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.

Desplazamiento del injerto y/o rotura de la sutura y reapertura de la herida que puede precisar reintervenir para completar sutura.

Hemorragia o infección interlamelar.

Fecha de Aplicación: Junio 2015

I-GHM-DG-10/510

Página 1 de 2

Rev. 2

Edema, ulceración y necrosis del injerto.

Vascularización del injerto.

Opacificación del lecho laminar o del injerto.

Recidiva de la enfermedad original en la córnea donante especialmente en los casos de distrofias corneales.

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 lamelar pueden conducir a un fracaso en la recuperación visual, precisando en algunas ocasiones trasplante corneal de espesor completo.

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 endoftalmitis, 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, y después de haber informado al médico de mis enfermedades generales o locales que puedan contraindicar la cirugía 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 **QUERATOPLASTIA LAMELAR**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

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
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado