

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

QUERATOPLASTIA LAMELAR

LEY 41/2002, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (BOE 15-11-02)

¿QUÉ ES LA CÓRNEA?

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.

¿POR QUÉ HACER UNA QUERATOPLASTIA LAMELAR DE CÓRNEA?

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.

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.*

¿EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA DE LA QUERATOPLASTIA LAMELAR?

La cirugía del trasplante es una **Cirugía Mayor** que consiste en sustituir parte del espesor corneal por córnea de 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 una parte del espesor corneal enfermo por córnea donante, respetando las capas más profundas de la córnea. Se realiza en quirófano con las medidas de esterilidad necesarias.

RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN LA CIRUGÍA DE LA QUERATOPLASTIA LAMELAR

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 perforación del globo ocular que precise reconversión a un trasplante de córnea... **Complicaciones postoperatorias:** puede precisar reintervenir para completar sutura, rechazo del injerto corneal, infección intraocular, aumento de la presión intraocular, pérdida de la transparencia, astigmatismo, 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 de la queratoplastia lamelar pueden conducir a un fracaso en la recuperación visual, precisando en algunas ocasiones trasplante corneal de espesor completo.

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. Precisa tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general, incluso medicación inmunosupresora.

ALTERNATIVAS A LA QUERATOPLASTIA LAMELAR

Salvo en casos muy concretos no existe otro tratamiento para recuperar la transparencia de la córnea que la queratoplastia lamelar o en otras ocasiones el trasplante corneal. 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. La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización, así pues **de forma voluntaria:**

Doy mi consentimiento para que se me realice la **Cirugía de Queratoplastia Lamelar**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación así como las medidas complementarias oportunas.

Doy mi consentimiento para que en la intervención participen médicos en formación.

Doy mi consentimiento para que se puedan realizar fotografías y/o grabar la intervención quirúrgica así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.

Doy mi consentimiento para que a la cirugía asista personal autorizado.

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 que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Institución/Clinica/Dr.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR : Debido a que el paciente ha sido considerado no capacitado para aceptar o rechazar la cirugía descrita, por todo ello **YO:**

D/ª _____ DNI _____

como _____ **doy mi consentimiento** para que se realice la operación, asumiendo los riesgos y complicaciones que puedan aparecer. Puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno.

FIRMA DEL TUTOR O FAMILIAR

* Este documento forma parte de los consentimientos informados elaborados por la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva (S.E.C.O.I.R.).