

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN TRASPLANTE DE CÓRNEA O QUERATOPLASTIA PENETRANTE:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El tratamiento al que usted va a someterse consiste en la sustitución de la córnea enferma por otra córnea transparente, procedente de la donación de cadáveres (previo paso por Banco de Ojos).

La córnea es la estructura anterior del ojo cuya característica principal es la transparencia, para permitir el paso de la luz y la imagen hacia el interior del ojo. Si la cornea no está transparente, la finalidad del trasplante es recuperar esta transparencia.

En otras ocasiones el trasplante es necesario para la conservación del globo ocular, por ejemplo cuando existe perforación ocular o peligro de que ésta se produzca. Otras veces es necesario para intentar eliminar el dolor crónico producido por la cornea degenerada.

CÓMO SE REALIZA

Se realiza la extracción de la córnea enferma y es sustituida por una porción de córnea sana extraída de un ojo de cadáver donante. La nueva córnea queda situada en su lugar mediante sutura, de forma que el globo ocular permanezca herméticamente cerrado. Se realiza habitualmente con anestesia local con inyección del anestésico por detrás del ojo. A veces es necesario realizar una anestesia general.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Tras la intervención es normal la sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento, lagrimeo, molestias al mover los ojos y visión muy borrosa; la recuperación visual es progresiva, el seguimiento postoperatorio es de varios

meses. Precisa tratamiento con colirios, y precozmente tratamiento general, a veces incluso medicación inmunosupresora.

La visión podrá mejorar cuando se retiren los puntos de sutura y se corrija el defecto óptico, como mínimo un año después de la cirugía.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Pretende recuperar la transparencia de la córnea, y así mejorar su calidad de visión, dependiendo de la existencia o no de otras patologías oftalmológicas asociadas que lo impidan.

En ocasiones se realiza para mantener la integridad del globo ocular cuando existe peligro de perforación.

A veces se realiza con fines estéticos, ya que una córnea opaca o blanquecina puede provocar alteraciones psicológicas.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Astigmatismo, rotura de la sutura y reapertura de la herida, aumento de la presión intraocular.

• LOS MÁS GRAVES:

Durante la cirugía: Muy poco frecuente y muy grave, la llamada hemorragia expulsiva, y que conlleva la pérdida de la visión. También raramente, y menos grave, es la posibilidad de provocar daño sobre el iris, o sobre el cristalino (catarata, luxación de cristalino o de lente intraocular en algunos casos), o salida de vítreo.

Tras la cirugía: Muy poco frecuente y muy grave. Infección intraocular (endoftalmitis) pocos días o incluso meses después de la cirugía, que requiere un tratamiento muy agresivo y que puede llevar a la pérdida de la visión e incluso a la pérdida del ojo. Edema, ulceración y necrosis del injerto.

A corto y medio plazo puede presentarse rechazo de la córnea trasplantada, pudiendo frecuentemente solucionarse con tratamiento médico, o precisar en ocasiones otro nuevo trasplante.

Aunque se toman todas las precauciones disponibles en la actualidad, existe la posibilidad de transmisión de enfermedades infectocontagiosas que no sea posible detectar con las técnicas actuales de manejo de tejidos de donantes.

Existe el riesgo de que la patología que afecta a la córnea pueda reproducirse en la nueva córnea implantada.

El riesgo anestésico, muy poco frecuente, dependiendo de la técnica empleada, que implica reacciones locales por la anestesia local (hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina, lesión del nervio óptico, perforación ocular) o reacciones a medicamentos, o descompensación de enfermedades preexistentes, o aparición de otras como arritmias o parada cardíaca, e incluso la muerte.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....