



Información y Consentimiento Informado para receptor trasplante de Córnea

Nombre del procedimiento: Receptor de trasplante de Córnea	Servicio de Oftalmología
Nombre del Centro de Salud	Edad del usuario
Nombre del usuario	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento:

La córnea es un tejido o “telita” transparente de la superficie anterior del ojo, pero puede ponerse opaca, inflamarse o cambiar su forma por enfermedades y causar baja visión. El trasplante consiste en cambiar la córnea enferma por una sana, la cual antes es procesada y analizada en el laboratorio. Es necesario aplicar anestesia general para realizar el procedimiento, ameritará inmovilización y reposo por un mes posterior a la cirugía. La cirugía de trasplante puede estar asociada a cirugía de corrección de catarata o glaucoma, en estos casos la recuperación visual es más lenta.

Para realizar el trasplante se pueden utilizar distintas técnicas, como: **Queratoplastia Lamelar Anterior**, se quitan las capas más externas de la córnea dañada y se colocan hilos para fijar la córnea sana, **Queratoplastia Penetrante**, se reemplaza la parte central de la córnea en todo su espesor y se fija con hilos o **Trasplante Epitelial**, se quieta la córnea dañada y se une la córnea sana sin necesidad de hilos, el profesional indicará en observaciones la que se imprimirá en su caso.

Objetivo y beneficios esperables:

De manera general el trasplante de córneas tiene dos objetivos: Trasplante de córnea tectónico que es cuando se realiza por alguna infección, adelgazamiento o perforación para disminuir el riesgo de pérdida de su ojo y el otro objetivo es el trasplante de córnea óptico: cuando se realiza para corregir enfermedades (ectasias corneales, queratopatía bulosa, distrofias corneales, opacidades corneales entre otros) y con esto se pretende mejorar su visión.

Alternativas disponibles:

Cuando existe una lesión como la que usted presente, la mejor intervención posible es el trasplante para recuperar la transparencia de la córnea. La no realización del procedimiento pone en riesgo la recuperación visual y en casos como en la perforación del ojo conlleva a la pérdida del mismo.

Consecuencias previsibles:

Podrá presentar molestias como dolor o picazón en el ojo después de la cirugía, necesitará protección de los ojos después de la cirugía, sensación de tener un cuerpo extraño dentro del ojo y sensibilidad a luz.

Riesgos más frecuentes:

Cualquier cirugía tiene riesgos. En el caso del trasplante de córnea, podría presentar: desprendimiento o ruptura de los hilos, rechazo de la córnea, infección en la parte interna del ojo, aumento de la presión en el ojo, pérdida de transparencia de la córnea, disminución de la visión de la córnea, presentar nuevamente la enfermedad, desprendimiento de la retina, deformidad de la pupila o catarata.



Riesgos más graves:

Son menos frecuentes como: Hemorragia masiva con salida del contenido del ojo lo que genera pérdida permanente de la visión en el ojo respectivo, reacción alérgica a la anestesia, lo cual podría incluso comprometer su salud o su vida. Es importante que conozca que si se presentará una situación así, será atendido por el personal médico de la institución.

Riesgos personalizados:

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas o sociales que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Información de interés:

Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con el trasplante o no. Aceptar realizar la donación no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

El Programa Nacional de Trasplantes determinará, de una única lista de personas en espera de ser trasplantados, quién va a recibir cada órgano o tejido donado. El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor, y que es prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que le donen órganos o le realicen esta cirugía, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario. En caso de una emergencia durante el procedimiento se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida.

Dudas planteadas por el paciente:

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:

Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento. Además declaro que, se me ha informado que según lo establecido en la Ley General de HIV/SIDA, para los procesos de donación y trasplante es obligatoria la realización de la prueba de HIV.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento recomendado?	(SI)	(NO)
---	------	------



¿Acepta que en caso necesario se le transfunda sangre o alguno de sus componentes? Por las características de esta cirugía es muy frecuente que sea necesario realizar transfusiones para salvaguardar su vida, por lo que si usted no desea la transfusión lo más probable es que el equipo tratante de proponga otras formas de abordar su enfermedad.		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del representante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)			
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)			
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma	Identificación	Fecha