

## Consentimiento Informado para recepción de trasplante de córnea

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
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 previamente es procesada y analizada en el laboratorio. Para realizar el procedimiento es necesario aplicar anestesia local o general (completamente dormido). Posterior a la cirugía se requerirá inmovilización y reposo por un mes. La cirugía de trasplante puede estar asociada a cirugía de corrección de catarata o glaucoma; en estos casos la recuperación visual es más lenta.

En general, para realizar el trasplante se pueden utilizar distintas técnicas:

- **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.
- **Trasplante endotelial:** se quita el endotelio, es decir, la parte trasera de la córnea dañada, y se une la córnea sana sin necesidad de hilos.

El profesional indicará en observaciones la técnica que se implementará en su caso.

De surgir una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida.

**Objetivo y beneficios esperables:** específicamente, el trasplante de córneas tiene dos objetivos:

- **Trasplante de córnea tectónico:** se realiza por alguna infección, adelgazamiento o perforación, para disminuir el riesgo de pérdida de su ojo.
- **Trasplante de córnea óptico:** se realiza para corregir enfermedades (ectasias corneales, queratopatía bulosa, distrofias corneales, opacidades corneales, entre otros), con el fin de mejorar su visión, con la ayuda posterior de anteojos o lentes de contacto.

**Alternativas disponibles:** cuando existe una lesión como la que usted presenta, 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 de este.



**Consecuencias previsibles:** podrá presentar molestias como dolor, picazón en el ojo, ojo rojo, sensación de tener “una basura” dentro del ojo y sensibilidad a luz. Después de la cirugía necesitará protección para los ojos.

**Riesgos más frecuentes:** cualquier cirugía tiene riesgos; en el caso del trasplante de córnea, los más frecuentes son: desprendimiento o ruptura de los hilos, rechazo de la córnea o falla del trasplante, 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:** estos son menos frecuentes e incluyen: hemorragia masiva con salida del contenido del ojo, lo que genera pérdida permanente de la visión en el ojo respectivo, y reacción alérgica a la anestesia, lo cual podría incluso comprometer su salud o su vida. De presentarse una situación así, debe saber que será atendido por el personal médico de la institución.

**Riesgos personalizados:** el profesional le explicará y anotará en las 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 quiere continuar con la cirugía de trasplante o no, sin consecuencias negativas para su persona. Aceptar realizar la cirugía no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor. Está prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice la cirugía o para que le donen tejidos, 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 dado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento y que según lo establecido en la Ley General de VIH/SIDA, para los procesos de donación y trasplante es obligatoria la realización de la prueba de VIH.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

¿Acepta someterse al procedimiento propuesto?		(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____	_____ Hora
_____ Firma o huella del representante (si procede)	_____ Fecha	_____	_____ Hora
_____ Firma del profesional que informa	_____ Fecha	_____	_____ Hora
_____ Firma del profesional que realiza la intervención	_____ Fecha	_____	_____ Hora

**Firmas de los testigos:** nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____ Nombre de la persona a la que se delega	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 1	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

**Revocatoria:** 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 o intervención que había autorizado.			
_____ Nombre del usuario o del representante (si procede)	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha