



Consentimiento Informado Cirugía de  
Injerto de Cornea

## **Consentimiento Informado Cirugía de Injerto de Cornea**

## Consentimiento Informado Cirugía de Injerto de Cornea

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:  
**INJERTO DE CórNEA**

Lado del Ojo:.....

## INFORMACIÓN

### **¿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 formación de la imagen. La córnea puede estar alterada por opacidades (adquiridas o de nacimiento), edemas, o por una deformación (la más frecuente, queratocono).

### **¿Por qué hacer un injerto de córnea?**

La finalidad de realizar un injerto de córnea es recuperar su transparencia para permitir el paso de la luz y la imagen al interior del ojo. La córnea para injertar procede de un donante previo cumplimiento los requisitos legales así como los exámenes necesarios para la donación según la legislación vigente. Situación especial es la de los autoinjertos, donde la córnea es del propio paciente que se rota para conseguir evitar alguna opacidad, o bien se utiliza la córnea del otro ojo.

### **¿En qué consiste la cirugía del injerto de córnea?**

La cirugía del injerto es una Cirugía Mayor que consiste en sustituir la córnea patológica por la córnea del 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 la córnea enferma por la córnea donante mediante la extracción y sutura de la córnea receptora. La cirugía del injerto corneal puede ir asociada a la cirugía de la catarata o del glaucoma siendo en estos casos más complicada la recuperación visual.

Se realiza en pabellón con las medidas de esterilidad necesarias.

Actualmente se puede injertar toda la córnea (es decir todos los tejidos y células que la componen); a esto se lo llama queratoplastia penetrante o en ciertos casos se realiza un injerto de sólo una parte de los tejidos (puede ser de los tejidos anteriores o de los tejidos y células posteriores de la córnea). En estos casos se habla de queratoplastia lamelar, injerto de células endoteliales, etc.

### **Riesgos y complicaciones que pueden aparecer en la cirugía del injerto de córnea**

- Como todo acto quirúrgico mayor pueden suceder situaciones imprevistas que requieren tratamiento particular en cada caso.
- Complicaciones operatorias, como hemorragia masiva que puede conducir a una pérdida de visión.

- Complicaciones postoperatorias, puede precisar reintervenir para completar sutura, rechazo del injerto corneal, infección intraocular, aumento de la presión intraocular, pérdida de la transparencia, astigmatismo en la córnea injertada o 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 del injerto corneal pueden conducir a un fracaso en la recuperación visual, pudiendo, en algunas ocasiones, requerir repetir el injerto corneal.

### **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. Puede requerir corrección óptica, anteojos o lentes de contacto para conseguir la mejor visión posible. Requiere tratamiento con colirios y ocasionalmente tratamiento general, incluso medicación inmunosupresora.

### **Alternativas al injerto de córnea**

Salvo en casos excepcionales no existe otro tratamiento para recuperar la transparencia de la córnea que el injerto. En algunas ocasiones es necesario para la conservación del globo ocular cuando existe peligro de perforación.

### **INJERTO DE CÓRNEA**

He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización.

He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones

Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en su caso se aplique.

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

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

.....

En consecuencia, autorizo al Dr. /a \_\_\_\_\_:

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**INJERTO DE CÓRNEA**

Lado del Ojo:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).