

OFTALMOLOGÍA

Trasplante de córnea Queratoplastia penetrante / lamelar anterior

1. ¿Qué es? Es un tipo de trasplante de córnea que consiste en sustituir el tejido corneal enfermo por otro sano. La **queratoplastia penetrante** consiste en la sustitución de todas las capas de una córnea dañada por una córnea sana. En la **queratoplastia lamelar anterior** se reemplazan las capas anteriores de la córnea dañada dejando el tejido corneal no alterado. La finalidad de realizar una queratoplastia penetrante o lamelar es recuperar las propiedades de la córnea para permitir el paso de la luz y la imagen al interior del ojo.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante intervención quirúrgica, se extirpa un pedazo de la córnea y luego se sutura el tejido donado dentro de la abertura de la córnea.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** rechazo de la córnea trasplantada a medio y corto plazo, alteración de la transparencia corneal con opacificación de la misma, astigmatismo postoperatorio elevado, dehiscencia (apertura) de suturas y úlceras del injerto. En la mayoría de los casos tras la cirugía es necesario utilizar gafas de lejos y/o cerca.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** el riesgo más grave es la pérdida definitiva de la visión del ojo operado. Esto es muy infrecuente pero no es imposible, derivado de una hemorragia expulsiva y las infecciones intraoculares que se dan en menos del 0.5% de los casos y que conllevan la pérdida de la función visual de forma inmediata, en días o semanas. Desprendimiento de retina, aumento de la presión intraocular, hemorragias intraoculares, edema macular, deformidad pupilar y catarata secundaria.

En el caso de que la córnea enferma presentara una opacificación total, la falta de transparencia impide la visualización de la retina y nervio óptico previo a la cirugía, por lo que el resultado funcional visual de la misma no podría garantizarse. Es necesario llevar un tratamiento médico en el postoperatorio y realizar seguimiento.

4. Consecuencias previsibles de su realización: que la córnea tenga el espesor y resistencia adecuados. Que el/la paciente logre una aceptable visión que dependerá entre otros factores del tipo de enfermedad corneal que obligó a efectuar el trasplante y de la evolución postoperatoria de la córnea donante y del ojo receptor. Es habitual que tras el trasplante quede un astigmatismo importante que se manejará en el postoperatorio mediante la extracción de determinados puntos de la sutura, correcciones ópticas como gafas o lentes de contacto y eventualmente con una cirugía refractiva.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: persistirá la pérdida de visión y es posible que este problema empeore con el tiempo.

6. Alternativas: dependiendo de la patología corneal de base podrían existir tratamientos ópticos y/o quirúrgicos que podrían mejorar parcialmente su visión.

7. Riesgos en función de su situación: las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

OFTALMOLOGÍA

**Trasplante de córnea
Queratoplastia penetrante / lamelar anterior**

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma: