

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA (penetrante y no penetrante). LEY 17.132/LEY 26.529 Y MODIFICATORIAS. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

DNI:

ESTADO DE SALUD/DIAGNÓSTICO:

OBSERVACIONES/ANTECEDENTES:
.....

PROCEDIMIENTO:

Habitualmente los pacientes que presentan indicación de trasplante de córnea son aquellos en que la córnea perdió la transparencia o la forma produciendo un importante déficit visual.

Este procedimiento consiste en el reemplazo de la córnea del paciente por una sana obtenida de un donante cadavérico.

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médico-quirúrgicos en mi persona

OBJETIVOS Y BENEFICIOS ESPERADOS:

Dependerá de las deficiencias que presente el ojo a tratar. Estos serán entonces:

- 1- Intentar que el paciente logre mejorar su visión al reemplazar una córnea opaca por una transparente.
- 2- Intentar que mejoren las posibilidades de examen de las partes interiores del globo ocular dado que con la córnea opaca, al no poder el médico visualizar el interior del ojo, no le es posible diagnosticar ni tratar las diversas patologías no corneales que presente. Por ejemplo cataratas, glaucoma, enfermedades de la retina, de la mácula, del nervio óptico, etc.
- 3- Intentar disminuir distintos síntomas que suelen padecer los ojos con enfermedades corneales como por ejemplo dolor, fotofobia, enrojecimiento e irritación ocular e incluso hasta intentar mejorar la estética del globo ocular.

RIESGOS/COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

- Aumento de la fotofobia (molestias a la luz ambiente aun de intensidad relativamente baja).
- Aumento del tamaño y de la cantidad de moscas volantes (o aparición de nuevas).
- Irritación ocular por tiempo variable de semanas a meses.
- Aumento de la presión ocular. Por lo general en ojos predispuestos pero habitualmente con buena respuesta al tratamiento con colirios antiglaucomatosos.
- La no mejoría de la visión. Esto suele suceder en ojos con patologías asociadas, como por ejemplo: catarata, retinopatía, neuropatía, maculopatía, glaucoma, etc.).
- Desprendimiento de retina: es una infrecuente pero grave complicación que puede llevar a la necesidad de nuevas correcciones quirúrgicas y en muchos casos sin recuperación alguna de la visión.
- Maculopatía o agravamiento de una maculopatía preexistente.

- Rechazo de la córnea implantada: esto lamentablemente puede suceder con lo cual no sólo no se obtendrá ninguna mejoría sino que podría empeorar el cuadro clínico.
- Suelen quedar postcirugía defectos de enfoque, por ejemplo astigmatismo, que en algunos casos se podrán mejorar con la realización de nuevas intervenciones quirúrgicas.
- Molestias diversas por los puntos de sutura los cuales habitualmente deben permanecer en la córnea por un cierto período de tiempo.
- También existe la posibilidad de complicaciones más graves como ser la endoftalmitis o la hemorragia expulsiva. Estos procesos patológicos pueden terminar no sólo en la pérdida irrecuperable de la visión sino en la extrema (aunque posible) necesidad de tener que extirpar el globo ocular.
- Aunque altamente infrecuente existe la posibilidad de que por la cirugía se transmitan ciertas enfermedades bacterianas, fúngicas, virósicas (hepatitis y SIDA) y enfermedad de Creutzfeldt-Jacob.
- Los riesgos de la anestesia varían desde leves reacciones alérgicas hasta la muerte.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Cuando existe opacidad corneal no hay procedimientos alternativos salvo la queratoprótesis, que consiste en implantar en la córnea una lente artificial (este procedimiento tiene un alto índice de fracasos e intolerancia por lo que se suele dejar como una de las últimas alternativas terapéuticas de la opacidad corneal de difícil manejo).

CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN:

El ojo en cuestión continuará con todos los déficit y molestias que presenta, o incluso podrán empeorar. Por otro lado la imposibilidad de ver las estructuras intraoculares por la opacidad corneal hace que el oftalmólogo no pueda diagnosticar ni tratar las posibles patologías intraoculares que puedan tener estos ojos.

Autorizo al equipo médico tratante para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados, se estime conveniente; habiéndome explicado y tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados y notificándome expresamente de que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura derivados del tratamiento o intervención a la que seré sometido, asumiendo para el caso que se produjeran, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de otros procedimientos diagnósticos/terapéuticos. También autorizo a iconografiar y/o filmar el procedimiento para ser presentado con fines académicos con la debida protección de identidad. Finalmente autorizo a realizar las curaciones y controles necesarios en el período postoperatorio.

Habiendo podido aclarar las dudas sobre lo informado, certifico haber entendido los riesgos, las posibilidades de fracaso y las alternativas terapéuticas planteadas.

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
FIRMA DEL MÉDICO

.....
Aclaración

.....
Aclaración