

Tratamiento quirúrgico de estrabismo y alteraciones de la motilidad ocular

Nº de Historia: _____

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de Don/Doña.: _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTRABISMO.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se define como estrabismo la pérdida del paralelismo ocular existiendo en la mirada estrábica un ojo fijador (recto) y el otro desviado.

El procedimiento quirúrgico consiste en actuar sobre los músculos extraoculares encargados de la motilidad ocular. Según el tipo e intensidad de la desviación, se actuará sobre un ojo o los dos.

La cirugía se realiza debilitando el músculo o músculos más activos junto con el reforzamiento de los más débiles, si es necesario.

Para ello se tiene que abrir la conjuntiva, proceder a la disección muscular, y generalmente se reinserta para debilitar y se acorta para reforzar. Ello supone cortar y suturar conjuntiva y músculo.

A veces se realiza todo en una sola operación, pero en ocasiones se practica una intervención, y de acuerdo con el resultado se reinterviene posteriormente (meses después generalmente) para conseguir la mejoría estructural (estética) y funcional lo más perfecta posible. En ocasiones se realiza con anestesia local (jóvenes y adultos) aunque generalmente se realiza con anestesia general (niños).

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La cirugía no modifica la prescripción de gafas u otra indicación del defecto de refracción si lo hubiere.

No influye en la visión monocular por lo que la cirugía nunca se programa para mejorar la agudeza visual.

Tratamiento de rehabilitación visual, si está indicado, ha de mantenerse con independencia del resultado de la cirugía si el Oftalmólogo lo aconseja.

El resultado quirúrgico puede no permanecer estable con el tiempo, sobre todo en casos funcionalmente de mal pronóstico y en niños durante el crecimiento.

Finalidad estética:

. A cualquier edad para disminuir o suprimir la desviación. En el caso de estrabismos desde hace años, con buena visión con cada ojo, al recobrar el paralelismo tienen riesgo entonces de tener visión doble.

Esto hay que tenerlo siempre en consideración, sobre todo en pacientes adolescentes y adultos.

Finalidad funcional:

. Para conseguir restablecer la visión binocular si antes la hubiera: niños con estrabismo tardío, adultos tras una paresia o parálisis muscular. En estos casos existe el molesto síntoma de la visión doble (diplopia), que puede desaparecer si se consigue la alineación perfecta de los ojos, y se recobra el trabajar los dos ojos al unísono.

En las parálisis es excepcional recobrar la normalidad en los movimientos por lo que la indicación se hace para recobrar estética y normalidad binocular en posición de frente.

En algunos casos la cirugía está indicada en tortícolis de causa ocular, o para conseguir bloquear un nistagmus (movimiento rítmico e involuntario de los ojos).

Con referencia a las alternativas razonables a dicho procedimiento, la inyección de toxina botulínica para crear una paresia artificial y reversible de un músculo hiperfuncionante puede estar indicada en algunos casos de estrabismo. Si se utiliza la toxina botulínica el paciente puede presentar durante un tiempo desviación en sentido contrario de su estrabismo, así como caída de los párpados, fenómenos temporales y reversibles.

Las consecuencias previsibles de su realización son:

Tras la cirugía se recobra, al menos parcialmente, el paralelismo de los ojos.

El ojo permanecerá rojo, inflamado y en ocasiones doloroso durante unos días tras la cirugía.

Es necesario aplicar colirios y/o pomadas hasta la desaparición de la inflamación y puede necesitar tratamiento general.

Los niños en general necesitan hospitalización.

Las suturas pueden originar sensación de cuerpo extraño hasta su reabsorción al cabo de unas semanas.

Si no se realiza la intervención no se recobra el paralelismo de los ojos y en algunos casos se puede desarrollar una ambliopía (ojo vago) o impedir su recuperación en el caso de que se hubiera desarrollado previamente.

Toda intervención quirúrgica comporta algún tipo de riesgo. En este caso hay que tener presente:

a) Durante la intervención:

- . Arritmias cardíacas y bradicardia por tacción muscular.
- . Hemorragia muscular o subconjuntival.*
- . Deslizamiento muscular.
- . Perforación escleral.*

En reintervenciones la mayor dificultad técnica, estas complicaciones son más probables

b) Después de la intervención, en el postoperatorio:

- . Reacción alérgica a la sutura.

- . Dehiscencia de la sutura.
- . Cicatrización conjuntival retráctil, granulomas y quistes conjuntivales.
- . Queratitis marginal.
- . Diplopia.
- . Tortícolis.
- . Asimetría en la hendidura palpebral.*
- . Limitación de las ducciones.*
- . Hipo o hipercorrección de la desviación estrábica.*

Se indican con un asterisco (*) los riesgos comunes a la cirugía convencional y a la inyección de toxina botulínica.

Existen otros riesgos menos frecuentes pero con mayor gravedad:

- . Celulitis orbitaria y mortalidad.

Otros riesgos relativamente poco frecuentes son los inherentes a la técnica anestésica empleada:

. Debido a la acción de la anestesia local pueden producirse reacciones a la medicación, alteraciones generales (crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia), así como alteraciones locales (hemorragias intraorbitarias, o excepcionalmente perforaciones del ojo que va a ser intervenido). En ambos casos la intervención debe suspenderse, para reintentarse semanas después con el mismo método o bien realizarse posteriormente bajo anestesia general o anestesia local con mayor profundización.

Derivadas de la anestesia general: shock anafiláctico, hipotensión, parada cardiorrespiratoria.

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: _____

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En mi caso particular, y después de haber informado al médico de mis enfermedades generales y oculares que pudieran contraindicar la cirugía, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTRABISMO**, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado