



SAMOL

Sociedad Argentina de Médicos Oftalmólogos Legistas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE ESTRABISMO
LEY 17132/ LEY 26.529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.**

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

ESTADO DE SALUD/ DIAGNOSTICO:

OBSERVACIONES/ ANTECEDENTES:
.....

PROCEDIMIENTO

Se define como estrabismo la pérdida de la correcta sincronización de los movimientos oculares o del paralelismo de los ojos, 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 actuara sobre un ojo o los dos. La cirugía se realiza debilitando el musculo o músculos más activos juntos o no, con el reforzamiento de los más débiles. Para ello se tiene que debilitar y se acorta para reforzar. Ello supone cortar y suturar conjuntiva y músculos.

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

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS

Recobrar el paralelismo de los ojos.

Finalidad estética: disminuir la desviación. En el caso de estrabismos antiguos, con buena visión con cada ojo, al recobrar el paralelismo tienen riesgo entonces de tener visión doble. Esto hay que tenerlo siempre en consideración.

Finalidad funcional: intentar restablecer la visión binocular si antes la hubiera. Puede existir el molesto síntoma de la visión doble (diplopía), que desaparecerá si se consigue la alineación de los ojos, y se recobra al trabajar los dos ojos en forma sincronizada.

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).

La cirugía puede o no modificar la prescripción de anteojos aéreos 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. El resultado quirúrgico puede no permanecer estable con el tiempo, sobre todo en casos funcionalmente de mal pronóstico y en niños durante el crecimiento.

Es habitual la necesidad de una segunda cirugía o retoque.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Los riesgos frecuentes intraoperatorios son los propios de la anestesia general, arritmias cardíacas y bradicardia por tracción muscular, hemorragia muscular o subconjuntival, deslizamiento muscular, perforación escleral. En casos de reintervenciones este tipo de complicaciones son más frecuentes.

Las complicaciones posoperatorias son la reacción alérgica a la sutura, dehiscencia o apertura de la herida, cicatrización anormal (granulomas y quistes conjuntivales), queratitis marginal. Las secuelas que pudiesen sobrevenir son: asimetría de la hendidura palpebral, **hipo o hipercorrecciones (son frecuentes y pueden requerir reintervenciones)**, astenopia, diplopía, torticolis. Los riesgos poco frecuentes pero graves pueden ser la celulitis orbitaria y la mortalidad. Las patologías sistémicas asociadas como la diabetes, hipertensión, inmunodepresión, cardiopatías y otras aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y posoperatorias.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS: Según el tipo de estrabismo se podrá emplear toxina botulínica para crear una paresia artificial de un musculo hiperfuncionante, así como también el uso de anteojos con corrección óptica puede ser una opción temporaria.

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:

Si no se realiza la intervención no se recobra el paralelismo de los ojos pudiendo facilitar el desarrollo de una ambliopía, continuar con el déficit estético y las alteraciones en la personalidad que pudiesen ocurrir por ese déficit.

Autorizo al equipo médico tratante para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados, se estime conveniente; habiéndoseme 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 o REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL MEDICO

.....

.....

Aclaración

Aclaración