

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA MOTILIDAD OCULAR

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta cirugía está indicada en pacientes con desviación de los ojos (estrabismo), en tortícolis de causa ocular o para bloquear un nistagmus (movimiento rítmico e involuntario de los ojos).

El procedimiento consiste en restablecer los músculos del ojo a la posición apropiada. Cambiar de lugar los músculos intraoculares, fortaleciendo los más débiles y/o debilitando los músculos más fuertes del ojo.

Para fortalecer un músculo, se libera de su inserción y esta, normalmente, se adelanta. Para debilitarlo, también se libera de su inserción, pero se vuelve a suturar en una posición más posterior del ojo, en la ubicación deseada. La decisión de intervenir en uno o ambos ojos dependerá del tipo y la intensidad de la desviación.

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.

Esta cirugía se realiza con anestesia general, aunque en ocasiones es posible realizarla con anestesia local o tópica (gotas).

La finalidad es suprimir o disminuir la desviación de los ojos, y en la edad infantil, disponer al ojo para desarrollar una correcta función visual. En algunos casos la cirugía está indicada en tortícolis de causa ocular o para bloquear un nistagmus (movimiento rítmico e involuntario de los ojos).

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

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Molestias oculares como sensación de cuerpo extraño, dolor y lagrimeo.
- Inflamación del ojo.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Dehiscencia (rotura) de la sutura.
- Infección.
- Diplopía (visión doble).
- Asimetría de la hendidura de los párpados (un ojo más abierto que el otro).
- Limitación de los movimientos oculares.
- Isquemia ocular y/o necrosis de tejidos.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### **RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

- |   |  |                                     |   |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene   | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> .....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones. |  |                                     |   |

### **CONTRAINDICACIONES**

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### **ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Inyección de toxina botulínica.

### **AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA MOTILIDAD OCULAR"**

Yo, D./Dª. , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
	Col. Nº:
DNI/NIE o pasaporte:	Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: