

## CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA DEL ESTRABISMO

....., ...../...../.....

1. Yo .....(poner el nombre completo del paciente), habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, por el presente autorizo al Dr. .... y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como ....., que se realizará en .....(consignar el nombre completo del establecimiento asistencial).-----
2. He sido informado/a que:
  - 2.1. El estrabismo es la desviación de uno o los dos ojos. Hay varios tipos de estrabismo pero los más frecuentes son desviaciones hacia adentro (estrabismo convergente) o hacia fuera (estrabismo divergente). La intervención se trata de una cirugía ocular que pretende restablecer el paralelismo de los globos oculares y la desaparición de tortícolis si existe, así como alcanzar resultados estéticos aceptables (<5° de desviación) y en edad infantil, disponer al ojo para desarrollar una correcta función visual.-----
  - 2.2. Se me ha explicado los motivos de la opción quirúrgica y que el procedimiento anestésico será el indicado por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, tratamientos farmacológicos actuales.-
  - 2.3. El procedimiento quirúrgico consiste en la modificación de los músculos que rodean los ojos y conseguir de esta forma su alineamiento y la desaparición del estrabismo. En ocasiones, es necesaria más de una cirugía para conseguir un resultado satisfactorio. En el caso de suturas ajustables debe realizarse un realineamiento a las 24 horas de la intervención modificando la longitud de las suturas previa anestesia tópica. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones de; procedimiento debido a hallazgos intraoperatorios, todo a fin de proporcionar un tratamiento más adecuado.-----
  - 2.4. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta ejecución, pueden presentarse efectos adversos inevitables, propios de toda intervención en general y en particular de este tipo de cirugía, y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como aquellos derivados de la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc).

Las complicaciones que pueden presentarse relativas a la cirugía a realizar son las descritas por la bibliografía médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas (incluido las propias del procedimiento anestésico), enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes:

    - 2.4.1. Intraoperatorios: pérdida o rotación muscular; hemorragias; perforaciones esclerales durante la sutura; dificultad para aislamiento muscular en reintervenciones. -----
    - 2.4.2. Postoperatorios: hemorragias subconjuntivales; adherencias tenonianas; quistes conjuntivales; granulomas; cicatriz retráctil; dehiscencia de suturas; queratitis marginal; hipo o hipercorrecciones; limitaciones de la movilidad de los ojos y tortícolis; infecciones muy frecuentes.-----
    - 2.4.3. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.-----
    - 2.4.4. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. -----
    - 2.4.5. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarlo.-----
3. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizado la obtención del mismo.-----

4. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo éste material propiedad del Cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.-----
5. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me será otorgada aproximadamente a los ..... días del acto quirúrgico, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-----
6. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.-----
7. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.-----

Firma del paciente: ..... Aclaración:.....

Documento: .....

**SI AL PACIENTE LE VA A SER COLOCADO MATERIAL DE IMPLANTE COMPLETAR:**

Estoy en conocimiento que durante el acto quirúrgico me va a ser colocado un implante conocido como (describir)..... En tal sentido, manifiesto que me han sido explicadas las posibles complicaciones que específicamente se pueden producir como consecuencia de la utilización y colocación del mencionado implante y/o el material de síntesis que pueda requerirse en el acto quirúrgico.

Firma del paciente: ..... Aclaración:.....

Documento: .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....