

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL ESTRABISMO (EN EL NIÑO)

Nota: El diseño y contenido de este consentimiento evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

1. Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha hemos recibido del médico oftalmólogo, Dr., el presente formulario conteniendo información de la enfermedad ocular de nuestro hijo, la cirugía que ha propuesto, sus riesgos y qué otras posibilidades de tratamiento existen. Luego de leer en nuestra casa detenidamente con mis familiares esta información, hemos sido citados el día para que el doctor nos aclare todas nuestras dudas.

2. ¿Qué es el estrabismo?

Un niño tiene estrabismo cuando tiene los ojos “desviados”. Normalmente, cuando dirigimos la mirada hacia algo que nos interesa, por ejemplo, un árbol, nuestros dos ojos “apuntan” al árbol. Cada ojo funciona como una filmadora y la imagen captada por cada ojo viaja hacia el cerebro. Como estas dos imágenes del árbol son muy parecida (no son idénticas), el cerebro las puede mezclar en una imagen única. Esta imagen única es en relieve, tiene tres dimensiones gracias a esa pequeña diferencia con que cada ojo “filmó” al árbol. En el estrabismo, un ojo “apunta” al árbol pero el otro ojo (el desviado) no tiene al árbol en el centro de la imagen. Esto significa que la imagen que llega al cerebro desde cada ojo es muy diferente. El cerebro no puede mezclarlas para formar una imagen única con relieve.

En el caso de los niños el cerebro elige la imagen que viene del ojo dominante y anula la imagen que viene del ojo desviado. Esto tiene dos consecuencias: 1) el niño tendrá dificultad para “ver en relieve”(no hay estereopsis); 2) si desvía siempre el mismo ojo, este ojo no puede desarrollar su capacidad visual quedando con una visión disminuida (esto se llama ambliopía).

A estas dos consecuencias hay que agregar el problema estético de un niño “bizco” o con “ojos desviados y su posible impacto psicológico y en su vida de relación.

3. La cirugía del estrabismo

El primer punto que se debe aclarar es que se trata de una cirugía que se efectúa por fuera del ojo. El cirujano no penetra dentro del ojo.

Básicamente, lo que hace el cirujano es debilitar y/o reforzar los músculos que mueven al ojo en las distintas posiciones de la mirada. Cada ojo tiene seis (6) músculos externos que se unen a

su pared blanca (esclera). La cantidad de músculos que el cirujano opera depende del tipo de estrabismo y de la desviación.

Otro punto importante es que en muchos casos, a pesar que el ojo que se desvía es siempre el mismo, el cirujano debe operar músculos de los dos ojos.

Los músculos actúan como riendas, por ejemplo, para mirar hacia la derecha; hay músculos que se contraen “tirando” de los ojos y rotándolos hacia la derecha, mientras que, al mismo tiempo, otros músculos se relajan (los que se relajan son los encargados de rotar los ojos hacia la izquierda).

En los niños, esta cirugía se realiza bajo anestesia general.

Es muy importante cumplir con los análisis y estudios prequirúrgicos y la evaluación final por el pediatra antes de la cirugía.

4. ¿Qué se espera conseguir con la cirugía del estrabismo?

Explicamos previamente que el niño con estrabismo tiene tres problemas:

- a) El problema estético
- b) Su dificultad para “ver con relieve” (no tiene estereopsis): al centro visual del cerebro le cuesta “armar una imagen con las tres dimensiones”, esto crea cierta dificultad, por ejemplo, para calcular la distancia que hay entre los objetos o tener sensación de profundidad.
- c) Falta de desarrollo de la visión del ojo desviado: puede quedar con una disminución definitiva de la visión de un ojo si desvía siempre el mismo ojo y su cerebro anula siempre la imagen que viene de ese ojo desviado (ambliopía).

De estos tres problemas, la cirugía puede mejorar mucho el problema estético; puede mejorar un poco la sensación de visión estereoscópica, pero no mejora la visión del ojo ambliope.

Si un niño desvía siempre el mismo ojo (estrabismo no alternante), sólo tapando el “ojo bueno” se podrá mejorar la visión del ojo desviado (oclusión).

El oftalmólogo determinará la cantidad de horas que es necesario tapar el ojo bueno. Es muy importante comenzar la oclusión precozmente para emparejar la visión de ambos ojos antes de la cirugía.

5. Riesgos de la cirugía del estrabismo

NO EXISTE NINGUNA CIRUGÍA SIN RIESGOS. Las complicaciones pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos.

Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa.

Para informarlos en forma clara y que ustedes puedan tomar una decisión con el conocimiento necesario les brindamos un LISTADO PARCIAL pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes:

- a) Riesgos propios de la ANESTESIA GENERAL: en los niños es imprescindible la anestesia general para operar el estrabismo. Todos sabemos que esto genera un riesgo de vida aunque esta posibilidad es muy remota y excepcional.
- b) INFECCIÓN INTERNA DEL OJO (ENDOFTALMITIS): es una complicación muy poco frecuente, pero cuando ocurre, puede provocar la pérdida de la visión del ojo a pesar de aplicar-

se un tratamiento precoz y correcto. La frecuencia es menor a 1 caso cada 10.000 cirugías. Puede ocurrir sin que se produzca una perforación de la pared ocular (esclera) durante la cirugía. Es excepcional que esté vinculada a la llamada “infección de quirófano” o “infección hospitalaria”. Los gérmenes que provocan infecciones en ojos operados viven habitualmente en los tejidos que rodean al ojo del propio paciente.

- c) **DESVIACIÓN DE LOS OJOS POSTOPERATORIA:** este resultado estético no satisfactorio ocurre en 10 a 20% de las cirugías. El sentido de la desviación puede ser el mismo que el preoperatorio o puede ser inverso (en lugar de desviar “hacia adentro”, luego de la cirugía desvía “ hacia fuera”). El estrabismo postoperatorio puede ocurrir tanto inmediatamente luego de la cirugía, como sobrevenir meses ó años después. Muchos de estos casos requieren una nueva cirugía y, en ciertos casos, más de una re-operación. La mayoría de estos casos en que queda una desviación postoperatoria son el resultado inevitable de la variabilidad de respuesta entre los pacientes a pesar de un tratamiento correcto. Puede también obedecer a un desplazamiento muscular postoperatorio.
- d) **VISIÓN DOBLE POSTOPERATORIA (DIPLOPIA):** En muchos casos es transitoria. Se puede tratar con anteojos comunes, con anteojos con prismas, con gotas o con ejercicios visuales (ejercicios ortópticos). Cuando permanece, puede ser necesaria una nueva cirugía. Se debe a que el cerebro, al recibir una nueva información de los ojos, no logra unificar las imágenes.
- e) **POSICIÓN ALTERADA DE LOS PÁRPADOS.** Un párpado puede quedar más alto ó más bajo como consecuencia de la cirugía necesaria para intentar “enderezar” los ojos. Esto se debe a la relación íntima que hay entre los músculos operados y los párpados.
- f) **REACCIÓN INUSUAL A LA SUTURA:** el ojo forma un tejido que engloba a la sutura como una respuesta ante un “cuerpo extraño”. Con los materiales de sutura actuales, es una complicación poco frecuente. Puede requerir una cirugía para remover dicho tejido.
- g) **INFLAMACIÓN Y/O INFECCIÓN DE LOS TEJIDOS QUE RODEAN AL OJO (CELULITIS ORBITARIA):** es una complicación muy poco frecuente que, en casos muy agresivos, puede poner en riesgo la vida del paciente.
- h) **HEMORRAGIA INTERNA DEL OJO (hemorragia vítrea):** es una complicación poco frecuente, provocada en general por una microperforación de la pared del ojo (esclera) durante la cirugía. Según las estadísticas científicas, estas microperforaciones ocurren en el 1% al 10% de las cirugías. Sólo algunas generan una hemorragia. Ocurren al separar los músculos del ojo o al suturarlos en su nueva posición. Determinadas características de la pared del ojo (extrema delgadez) pueden favorecer que esto ocurra. En algunos casos la sangre se reabsorbe espontáneamente; en otros puede ser necesario una cirugía en el interior del ojo llamada vitrectomía. Existe un riesgo remoto de pérdida de la visión a pesar de un tratamiento oportuno y correcto.
- i) **DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN EL POSTOPERATORIO:** se debe habitualmente a las mismas causas que la hemorragia vítrea. Requiere una cirugía para intentar recolocar la retina en su lugar. En ciertos casos puede ser necesaria más de una reintervención. En casos muy severos puede llevar a la pérdida de la visión a pesar de un tratamiento oportuno y correcto.
- j) **ALTERACIÓN GRAVE DE LA CIRCULACIÓN DEL OJO (isquemia del segmento anterior del ojo).** Complicación muy grave y muy poco frecuente (1 caso cada 10.000). Entre sus causas están el número de músculos vecinos de un ojo que son desinsertados del ojo y cierta insuficiencia circulatoria de un ojo en particular. Puede llevar a la pérdida de la visión a pesar de un tratamiento oportuno y correcto.

6. Controles postoperatorios

Su hijo será controlado al día siguiente de la cirugía. Es normal que el ojo tenga el aspecto de una conjuntivitis: “lo blanco del ojo” estará rojo y puede haber secreción. Los párpados pueden estar “hinchados”. Se le indicarán gotas. De acuerdo con la evolución será el siguiente plan de controles.

Ustedes pueden colaborar con el control postoperatorio: si existe alguno de estos signos ó síntomas lleve inmediatamente a su hijo para un control:

si aparece dolor o aumentan las molestias;

si aumenta la “hinchazón” o se ponen más rojos los párpados;

si aumenta la secreción del ojo;

si su hijo le dice que ve menos.

7) ¿Existe otra posibilidad para tratar el estrabismo? (tratamientos alternativos)

En cierto tipo de estrabismos (estrabismo acomodativos) se pueden “enderezar” los ojos mediante anteojos comunes. Algunos de estos casos necesitan cirugía porque los anteojos no pueden eliminar totalmente la desviación (estrabismos parcialmente acomodativos).

Ciertos estrabismos no permanentes pueden mejorar con ejercicios visuales (ejercicios ortópticos).

En ciertos estrabismos con una desviación muy pequeña se pueden utilizar anteojos con prismas. En ciertos casos se utilizan gotas.

8) ¿Qué ocurre si no se opera el estrabismo?

Si el estrabismo de un niño no es operado en el momento oportuno se perderá la oportunidad de lograr una mejor cooperación entre ambos ojos.

El problema estético de un niño con estrabismo puede tener influencia en lo psicológico y en su vida de relación.

9. Características particulares que presenta el estrabismo de su hijo:

.....

.....

.....

10. Espacio para anotar dudas o preguntas

.....

.....

.....

11. Autorización (consentimiento)

Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarado satisfactoriamente todas nuestras dudas, nuestra firma al pie certifica que damos voluntariamente nuestra autorización (consentimiento) para que nuestro hijo
..... sea operado de estrabismo por el equipo médico constituido por los doctores:

.....
.....

Damos nuestro consentimiento para que se puedan realizar fotografías y/o grabar un video de la intervención así como su ulterior utilización con fines científicos y/o exposiciones académicas, preservando en todos los casos la identidad de mi hijo/a..

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
FIRMA DE LA MADRE

.....
ACLARACIÓN

.....
ACLARACIÓN

.....
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

.....
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

.....
FIRMA DEL TUTOR O PERSONA A CARGO

.....
ACLARACIÓN

.....
TIPO Y N° DE DOCUMENTO