

1. ¿Qué es? El estrabismo es la pérdida del paralelismo ocular existiendo en la mirada estrábica un ojo fijador (recto) y el otro ojo desviado. La cirugía del estrabismo tiene dos finalidades:

- **Finalidad estética:** a cualquier edad para disminuir o suprimir la desviación. En el caso de presentar buena visión con cada ojo, al recobrar el paralelismo tienen riesgo entonces de tener visión doble.
- **Finalidad funcional:** para conseguir restablecer la visión binocular si antes la hubiera en niños/as con estrabismo tardío, y adultos tras una paresia o parálisis muscular. En estos casos existe el molesto síntoma de la visión doble (diplopia), que desaparecerá 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).

2. ¿Cómo se realiza? 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 o no, con el reforzamiento de los más débiles. Para ello se tiene que abrir la conjuntiva, proceder a la disección muscular, y generalmente se retroinserta (insetar atrás) para debilitar y se acorta para reforzar. Ello supone cortar y suturar conjuntiva y músculo. 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. El resultado quirúrgico puede no permanecer estable con el tiempo, sobre todo en casos funcionalmente de mal pronóstico y en niños durante el crecimiento.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

Intraoperatorios:

Los propios de la anestesia general. Arritmias cardíacas y bradicardia por tracción muscular. Hemorragia muscular o subconjuntival.
Deslizamiento muscular. Perforación escleral.

Postoperatorios:

Reacción alérgica a la sutura. Dehiscencia de la sutura.

Cicatrización conjuntival retráctil, granulomas y quistes conjuntivales Queratitis marginal.

Secuelas:

Asimetría en la hendidura palpebral. Limitación de los movimientos oculares

Hipo o hipercorrección de la desviación estrábica. Astenopía (fatiga visual)

Diplopia Tortícolis.

- **Infrecuentes (menos del 10%):** Existen otros riesgos menos frecuentes pero con mayor gravedad: celulitis orbitaria y mortalidad.

4. Consecuencias previsibles de su realización: tras la cirugía se recobra, al menos parcialmente, el paralelismo de los ojos.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: si no se realiza la intervención no se recobra el paralelismo de los ojos, facilitando el desarrollo de una ambliopía.

6. Alternativas: la inyección de toxina botulínica para crear una paresia artificial y reversible de un músculo hiperfuncionante, puede estar indicada en algunos casos de estrabismo.

7. Riesgos en función de la situación del paciente:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales