



Consentimiento Informado Para  
Cirugía Del Estrabismo – Toxina  
Botulínica

## **Consentimiento Informado Para Cirugía Del Estrabismo – Toxina Botulínica**

**Consentimiento Informado Para Cirugía Del Estrabismo – Toxina Botulínica**

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para:  
**ESTRABISMO-TOXINA BOTULÍNICA**

Lado del Ojo:.....

## **INFORMACIÓN GENERAL**

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).

Se trata de una cirugía ocular que pretende restablecer el paralelismo de los globos oculares y la desaparición de tortícolis, (posición viciosa de la cabeza) si existe, así como alcanzar resultados estéticos aceptables, y en la edad infantil, disponer al ojo para desarrollar una correcta función visual.

En casos de parálisis oculomotores del adulto se persigue la desaparición de la diplopía. (Disminución de la visión doble, y fines estéticos).

El tipo de anestesia requerida será la indicada por su médico tratante. (En niños, sedación profunda, y en adultos, anestesia tópica).

Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

### **En qué consiste la cirugía de estrabismo - toxina botulínica**

El procedimiento quirúrgico consiste en: aplicación de anestesia tópica (en pacientes en edad infantil se requiere sedación), colocación de electrodos de electromiógrafo, localización de la zona para la punción, introducción de aguja a través de conjuntiva y punción del músculo o músculos extra oculares indicados. Tras confirmación electromiográfica de la situación correcta de la aguja, se realiza la inyección de toxina botulínica en el vientre muscular. En ciertos casos, (cirugías oblicuas) se realiza una incisión conjuntival para la localización del músculo a tratar, previa a la inyección de toxina botulínica en el músculo identificado.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En el postoperatorio se produce una hipercorrección que perdura durante meses, lo cual es esperado.

### **Riesgos de la cirugía del estrabismo-toxina botulínica**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la condición clínica del paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad).

#### **Y los específicos del procedimiento.**

##### **Intraoperatorios**

- Perforaciones oculares
- Hematoma subconjuntival y orbitario.

##### **Postoperatorias**

- Hemorragias subconjuntivales.
- Ptosis palpebral (que puede llegar a observarse durante un período de 4 meses). Diplopia.
- Hipercorrección.
- Hipocorrección con indicación de repetir el procedimiento.
- Limitaciones de las ducciones y tortícolis.

**Muy infrecuentes:** reacción alérgica o anafilaxia a la toxina.

Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunas ocasiones de urgencia.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico de:  
**ESTRABISMO-TOXINA BOTULÍNICA**

Lado del Ojo:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).