

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres hombres"  
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



## RESOLUCION DIRECTORAL

Lima,

14 FEB. 2019

### VISTO:

El expediente N° 19-002155-001-INSN-SB, sobre aprobación de los Formatos de Consentimientos Informados, elaborado por la especialidad de Oftalmología, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla;

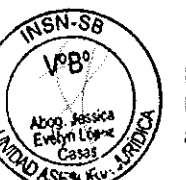
Que, el artículo 4° de la precitada Ley, establece que: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo (...)";

Que, el literal a) del numeral 15.4 del artículo 15° de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, señala que toda persona tiene derecho "A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicié su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud (...)";

Que, el segundo párrafo del artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, establece que: "El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria";

Que, el inciso a) del artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que es función del Director Médico el "planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos";

Que, el numeral 4.1 Definiciones de las Disposiciones Generales de la Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, establece que el Consentimiento Informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe



ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención;

Que, mediante la Nota Informativa N° 0099-2019-SUAIEPEQ-INSNSB, el Jefe del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remite al Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, para su aprobación mediante la emisión de la Resolución Directoral, los Formatos de Consentimientos Informados elaborado por la especialidad de Oftalmología, siendo los siguientes:

1. Consentimiento Informado para la colocación de Antiangiogénicos Intravítreos para Tratamiento de Retinopatía de la Prematuridad.
2. Consentimiento Informado para la realización de Blefarotomía para el Tratamiento de Chalazión.
3. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Estrabismo.
4. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Catarata.
5. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Corrección Quirúrgica de Blefaroptosis.
6. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Catarata bajo Anestesia General.
7. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Estrabismo bajo Anestesia General.
8. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Glaucoma bajo Anestesia General.
9. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Retina bajo Anestesia General.
10. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Implante Valvulado para el Tratamiento de Glaucoma.
11. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Retiro de Cuerpo Extraño Corneal bajo Anestesia General.
12. Consentimiento Informado para la realización de Revisión de Ampolla Filtrante o de Implante Valvulado para Glaucoma bajo Anestesia General.
13. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Tarsorrafia para el tratamiento de Lagofthalmos.
14. Consentimiento Informado para la realización de Fotocoagulación Láser en Retina para el Tratamiento de Retinopatía de la Prematuridad.

Que, mediante la Nota Informativa N° 055-2019-SUAIEPEQ-INSNSB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada emite opinión favorable a los Formatos de Consentimientos Informados de la especialidad de Oftalmología, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante la Nota Informativa N° 0094-2019-UGC-INSN-SB, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General, la aprobación mediante la emisión de la Resolución Directoral de los precitados Consentimientos Informados elaborado por la especialidad de Oftalmología; los cuales cuentan con la opinión favorable de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas y de la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que, mediante el Memorando N° 085-2019-DG/INSN-SB, el Director General solicita a la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, realice las acciones que correspondan de acuerdo al marco normativo vigente, en relación a los Consentimientos Informados elaborado por la especialidad de Oftalmología, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante la Nota Informativa N° 100-2019-UAJ-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, opina que resulta pertinente aprobar mediante acto resolutivo, la propuesta de Consentimientos Informados de la especialidad de Oftalmología, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, del Jefe de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones y de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 26842, en la Ley N° 29414, en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, y modificada por la Resolución Directoral N° 123-2017-INSN-SB, en la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA; y; en uso de las facultades otorgadas con la Resolución Ministerial N° 021-2019/MINSA;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1.- APROBAR** los Formatos de Consentimientos Informados de la especialidad de Oftalmología, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, según se detalla a continuación:



1. Consentimiento Informado para la colocación de Antiangiogénicos Intravítreos para Tratamiento de Retinopatía de la Prematuridad.
2. Consentimiento Informado para la realización de Blefarotomía para el Tratamiento de Chalazión.
3. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Estrabismo.
4. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Catarata.
5. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Corrección Quirúrgica de Blefaroptosis.
6. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Catarata bajo Anestesia General.
7. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Estrabismo bajo Anestesia General.
8. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Glaucoma bajo Anestesia General.
9. Consentimiento Informado para la realización de Estudio de Retina bajo Anestesia General.
10. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Implante Valvulado para el Tratamiento de Glaucoma.
11. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Retiro de Cuerpo Extraño Corneal bajo Anestesia General.
12. Consentimiento Informado para la realización de Revisión de Ampolla Filtrante o de Implante Valvulado para Glaucoma bajo Anestesia General.
13. Consentimiento Informado para la realización de Cirugía de Tarsorrafia para el tratamiento de Lagofthalmos.
14. Consentimiento Informado para la realización de Fotocoagulación Láser en Retina para el Tratamiento de Retinopatía de la Prematuridad.

**ARTÍCULO 2.- ENCARGAR** a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, la implementación de los Formatos de Consentimientos Informados antes mencionados.

**ARTÍCULO 3.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los Formatos aprobados con la presente resolución.

**ARTÍCULO 4.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución, en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE,**

 Instituto Nacional de Salud del Perú  
San Borja  
  
Dr. A. RICARDO ZOPE RUBIO  
Director General (e)  
CMP. 8780 RNE. 2550

ARZR/JELC/dpm  
Distribución  
( ) Titular  
( ) Dirección Adjunta  
( ) Unidad de Atención Integral Especializada  
( ) Unidad de Gestión de la Calidad  
( ) Unidad de Asesoría Jurídica  
( ) Unidad de Tecnologías de la Información  
( ) Archivo



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACION DE ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS, PARA TRATAMIENTO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología

### COLOCACIÓN DE ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS

#### Retinopatía de la Prematuridad

Es una enfermedad ocular que se produce en un pequeño porcentaje de bebés prematuros, la cual causa el crecimiento de vasos sanguíneos anormales en la retina (la capa de células sensible a la luz que recubre la parte posterior del ojo que nos ayuda a ver) provocando que esta capa se desprenda generando secuelas muy graves para la visión del niño (Academia Americana de Oftalmología).

#### Colocación de anti angiogénicos intravítreos

Para realizar este procedimiento el paciente se encontrara bajo anestesia general. El procedimiento consiste en colocar, con una aguja muy fina, el medicamento en el vítreo, que es la sustancia gelatinosa que se localiza entre la parte posterior del cristalino y la retina, cuya colocación disminuirá el crecimiento anormal de vasos sanguíneos en la retina provocados por la Retinopatía de la Prematuridad.

#### Objetivos del Procedimiento

- Prevenir el desprendimiento de la retina del niño evitando la ceguera.

#### Beneficios Esperados

- Permitir una adecuada función visual al evitar la progresión de la retinopatía de la prematuridad.

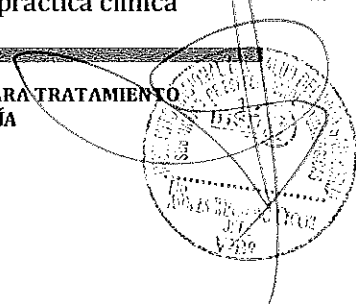
#### Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Endoftalmitis (infección severa en el interior del ojo)
- Hemorragia vítrea (sangrado dentro del ojo)
- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)

#### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACION DE ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS, PARA TRATAMIENTO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



### Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento

- Desprendimiento de retina,
- Progresión de la retinopatía de la prematuridad.
- Ceguera.

### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- Fotocoagulación laser, es un procedimiento en el cual se "quemar" o cauterizan los vasos anómalos que crecen en la retina de los niños prematuros. Para realizar este procedimiento, el médico oftalmólogo debe tener una buena visualización de la retina por lo que no se recomienda en pacientes con mala dilatación de pupila o sangrados extensos de la retina pues existe mayor riesgo de recidivas.

### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

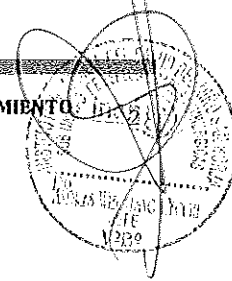
El riesgo de sangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmunosupresión o desnutrición.

Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones/Observaciones:

La Retinopatía de la Prematuridad requiere controles periódicos porque pueden conducir a la miopía, el desprendimiento de retina, el ojo perezoso (ambliopía) o estrabismo. También aumenta el riesgo de glaucoma (Academia Americana de Oftalmología).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACION DE ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS, PARA TRATAMIENTO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento: **Colocación de Anti Angiogénicos Intravítreos**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice el procedimiento de: Colocación de Anti Angiogénicos Intravítreos.**

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Firma del Representante Legal

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

Nombre \_\_\_\_\_

CMP N° \_\_\_\_\_

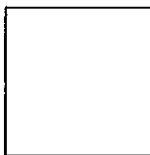
DNI N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento: **Colocación de Anti Angiogénicos Intravítreos** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Firma del Representante Legal

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

Nombre \_\_\_\_\_

CMP N° \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACION DE ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS, PARA TRATAMIENTO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA**



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE BLEFAROTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DE CHALAZION

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N°...../2019/INSNSB)

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología

### BLEFAROTOMIA

EL **Chalazión** es una protuberancia hinchada en el párpado. Ocurre cuando se obstruye la glándula de grasa del párpado superior e inferior pudiendo ser único o múltiples.

#### **Blefarotomía**

Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrará dormido (bajo anestesia general).

La BLEFAROTOMIA consiste en realizar un corte a nivel de la conjuntiva o piel del párpado para drenar los chalaziones.

#### **Objetivos del Procedimiento**

Permitir la curación de los chalaziones que le aquejan en el momento al paciente.

#### **Beneficios Esperados**

La pronta recuperación de paciente con ausencia de chalaziones

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Tumefacción, hemorragias, dolor en zona operatoria

#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

Chalazión residual, celulitis, deformidad palpebral, fistula palpebral.

#### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento quirúrgico**

La NO realización de la cirugía podría ocasionar: aumento del tamaño de la lesión, abscesos, celulitis, problemas refractivos, alteraciones en el crecimiento de las pestañas.

#### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

Inyección de corticoides (dentro de la lesión) para chalaziones menores de 6 mm. El cual tiene que ser aplicado bajo anestesia general. Siendo la recuperación del procedimiento mayor y con resultados variables (curación o mejoría parcial)

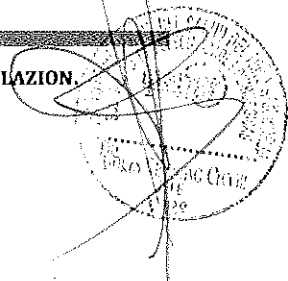
#### **Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente: (por ejemplo: comorbilidades)**

El riesgo desangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones:** La Blefarotomía es el tratamiento quirúrgico para los chalaziones presentes en el momento. No asegura que el paciente vuelva a tener nuevos chalaziones en otras localizaciones palpebrales, para lo cual es importante la prevención y el control de los factores de riesgo que serán explicados en consultorio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE BLEFAROTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DE CHALAZION.  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de la cirugía: **Blefarotomía para el tratamiento del Chalazion**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Cirugía de Blefarotomía para el tratamiento del Chalazion.**

San Borja, ..... de ..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de la Cirugía: **Blefarotomía para el tratamiento del Chalazion** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de ..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

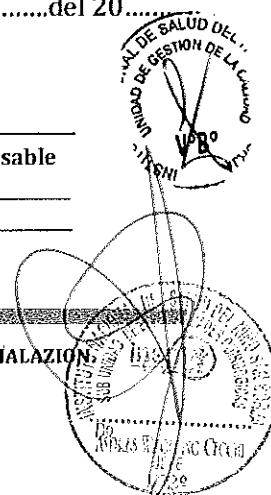
Huella Digital

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE BLEFAROTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DE CHALAZION.  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE ESTRABISMO

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N° ...../2019/INSNSB)

### Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas Especialidad de Oftalmología

#### CIRUGIA DE ESTRABISMO

##### **Estrabismo**

Es un problema visual que hace que los ojos no estén alineados correctamente y apunten en diferentes direcciones. Un ojo puede mirar hacia delante, mientras que el otro se vuelve hacia adentro, hacia afuera, hacia arriba o hacia abajo. La alineación correcta puede intercambiar o alternarse de un ojo al otro (Academia Americana de Oftalmología)

##### **Cirugía de Estrabismo**

En el estrabismo hay un desequilibrio de las fuerzas musculares del ojo. Durante la cirugía el paciente estará dormido (bajo anestesia general) y mediante la colocación de suturas en los músculos que rodean el ojo se busca debilitar los músculos que están fuertes y/o reforzar los débiles y de esta forma alinear los ojos del niño.

##### **Objetivos del Procedimiento**

- Permitir una adecuada alineación de los ojos del niño.

##### **Beneficios Esperados**

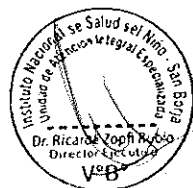
- Lograr un aspecto normal en los ojos, pero con una buena visión en cada ojo (con o sin lentes)
- Mejorar la visión binocular que permitirá un adecuado desarrollo cognitivo del niño.

##### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

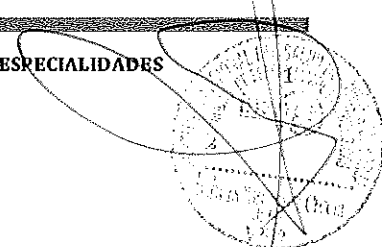
- Hipo o hipercorrecciones, es decir, que siga quedando el ojo para fuera o para dentro o que se invierta su posición (si estaba para fuera queda para dentro o viceversa)
- Visión doble (que puede ser pasajera)
- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)

##### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Lesiones por presión en piel derivados de algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE ESTRABISMO. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



**Consecuencias previsibles de la NO realización de la intervención quirúrgica.**

La No realización de la Cirugía de Estrabismo dificultará el adecuado desarrollo visual del niño, dificulta el desarrollo de ojo perezoso y provoca baja autoestima en el niño.

**Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

Uso de lentes y parches que mejoran la alineación solo en algunos casos o de manera parcial.

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**

El riesgo desangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmunosupresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones:**

La Cirugía de Estrabismo en los niños es fundamental para el correcto desarrollo de la función visual.

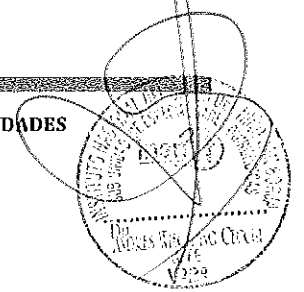
Cada paciente responde de diferente manera a un mismo tipo de cirugía.

En algunos casos puede ser necesario reintervenir.

Se considera un resultado aceptable una pequeña desviación residual.

En algunos casos puede aparecer diplopía (visión doble) transitoria, que si es persistente puede requerir tratamiento adicional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE ESTRABISMO. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

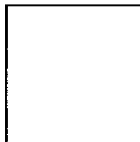
#### **Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Cirugía de Estrabismo** sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Cirugía de Estrabismo.**

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de la **Cirugía de Estrabismo** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

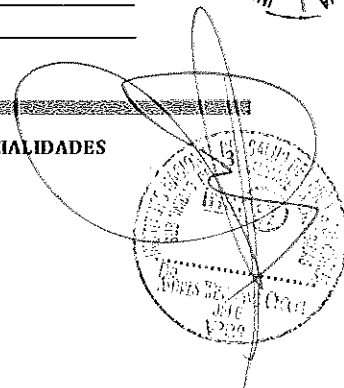
DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE ESTRABISMO. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA**





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE CATARATA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

### Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas Especialidad de Oftalmología

#### CIRUGIA DE CATARATA

##### **Catarata Congénita**

Es cualquier opacidad del cristalino del ojo que impide la entrada de la luz y que está presente al nacer o que se puede detectar en los primeros años de vida.

El cristalino del ojo es una estructura normalmente transparente que se encuentra situada justamente por detrás de la pupila (el círculo negro que vemos al centro del ojo). Su función es permitir el paso de la luz y llevarla a la capa de tejido sensitivo (la retina) que se encuentra en la parte de atrás del ojo.

Las cataratas comúnmente afectan a los adultos mayores, pero algunos bebés nacen con cataratas y algunos niños las presentan en los primeros años de vida (cataratas infantiles).

La catarata congénita se encuentra entre las principales causas de ceguera tratable en los niños y su detección y tratamiento precoces tienen importancia vital para minimizar la ambliopía (disminución de visión de un ojo; también conocido como ojo perezoso) y mejorar la recuperación visual.

##### **Cirugía de catarata**

Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrara dormido (bajo anestesia general)

La cirugía de catarata consiste en retirar el cristalino opaco del ojo para luego colocar en su lugar un lente intraocular que puede ser colocado durante el mismo acto operatorio o en una segunda cirugía en función de algunos factores como edad, tipo de catarata, presencia de capsula de cristalino, etc.

##### **Objetivos del Procedimiento**

- La cirugía de catarata permite el paso de luz hacia el interior del ojo, el niño recibirá estímulos visuales logrando mejorar la considerablemente la visión.
- La cirugía precoz permite el tratamiento de ceguera tratable en niños y de la ambliopía (ojo perezoso) .

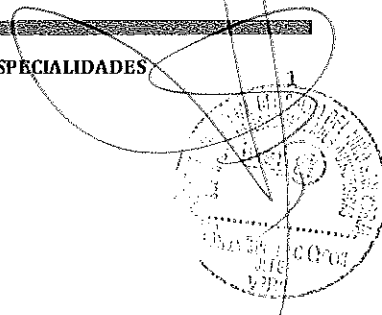
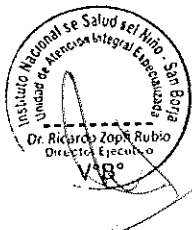
##### **Beneficios Esperados**

La cirugía precoz de catarata permitirá mejorar el pronóstico visual del paciente evitando la ceguera tratable y mejorando la ambliopía.

##### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE CATARATA. SUATIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)
- Hemorragia coroidea
- Pérdida de la visión
- Infección intraocular (endofthalmitis)
- Membranas pupilares (que probablemente requerirá una nueva cirugía)
- Ptosis residual.
- Luxación de lente intraocular (que probablemente requerirá una nueva cirugía)
- Pupila descentrada (corectopia)

#### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### Consecuencias previsibles de la NO realización de la intervención quirúrgica

- La ausencia de estímulo visual en un ojo provoca ambliopía la cual es más severa y de difícil tratamiento cuando se instala en niños más pequeños

#### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- No existe tratamiento alternativo.

#### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

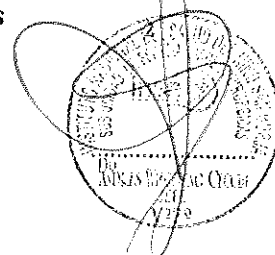
El riesgo de sangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmunosupresión o desnutrición.

Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

#### Recomendaciones/Observaciones:

- La cirugía de Catarata permite tratar la ceguera de su niño y mejorar la ambliopía (ojo perezoso).
- El tratamiento de la Catarata es solamente con cirugía no puede ser controlado con gotas oftálmicas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE CATARATA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

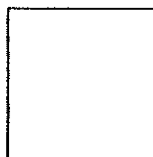
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### **Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de la **Cirugía de Catarata** sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Cirugía de Catarata.**



San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

Nombre \_\_\_\_\_

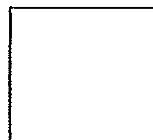
CMP N° \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Cirugía de Catarata** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

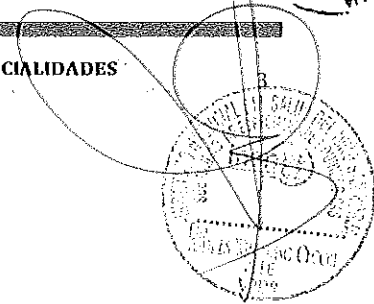
Nombre \_\_\_\_\_

CMP N° \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE CATARATA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE CORRECCION QUIRURGICA DE BLEFAROPTOSIS

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología**

### CIRUGIA DE CORRECCION QUIRURGICA DE BLEFAROPTOSIS

#### **Blefartosis:**

La blefartosis o ptosis palpebral es la caída del párpado superior. Éste puede caer sólo un poco, o puede cubrir la pupila por completo. En algunos casos, la ptosis puede limitar e incluso bloquear una visión normal produciendo ambliopía (ojo perezoso) severa.

Si un niño nace con ptosis, la condición es llamada "ptosis congénita". Una ptosis congénita es causada a menudo por un lento desarrollo del músculo que levanta el párpado, llamado el músculo elevador del párpado (Academia Americana de Oftalmología)

#### **Cirugía de corrección quirúrgica de blefartosis**

Para corregir la ptosis palpebral, el paciente se encontrará dormido (anestesia general) pudiendo realizarse las siguientes técnicas quirúrgicas:

- **Resección del músculo elevador**  
Se utiliza cuando el músculo elevador desempeña, aunque sea parcialmente, su función. Consiste en acortar dicho músculo, facilitándole su función de elevación del margen palpebral.
- **Cirugía de ptosis con suspensión del frontal**  
Se utiliza cuando el músculo elevador no desempeña su función o lo hace muy pobremente. Consiste en derivar al músculo frontal la función que no realiza el elevador, de forma que eleve el párpado, además de la ceja.

#### **Objetivos del Procedimiento**

- Permitir una apertura ocular adecuada que no impida la visión normal

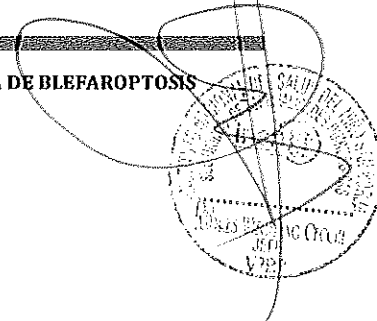
#### **Beneficios Esperados**

- Mejorar el aspecto estético del paciente logrando una simetría de ambas hendiduras palpebrales.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

- Hipo o hipercorrección de la blefartosis que podría requerir una segunda cirugía.
- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE CORRECCION QUIRURGICA DE BLEFAROPTOSIS  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Jorge



- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis por exposición (que requerirá tratamiento tópico)
- Cierre palpebral incompleto

#### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento quirúrgico.

- Ambliopía (ojo perezoso) que se hace más severo si se retrasa por mucho tiempo el procedimiento.

#### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- No existe tratamiento alternativo.

#### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

El riesgo de sangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

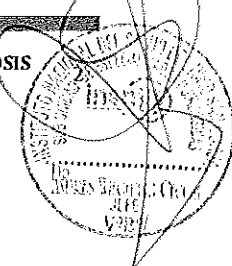
#### Recomendaciones/Observaciones:

Los pacientes pueden vivir con la ptosis y con la visión reducida o bloqueada; sin embargo, no hay un método confiable para corregir la ptosis de forma permanente excepto con cirugía.

No se puede garantizar el resultado de la cirugía pues el resultado final depende de la anatomía del paciente y de la forma como responda el organismo a la cicatrización.

A veces, el cirujano puede tener que ajustar la posición y la forma del párpado después de la cirugía. Estos ajustes pueden hacerse tempranamente (dentro de los primeros diez días después de la cirugía) o más tarde, si la asimetría de la posición o la forma del párpado lo requieren.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE CORRECCION QUIRURGICA DE BLEFAROPTOSIS  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_.

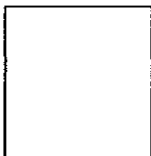
#### **Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_ y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Cirugía de corrección quirúrgica de blefaroptosis** sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Cirugía de Corrección Quirúrgica de Blefaroptosis.**

San Borja, ..... de .....del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

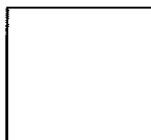
CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Cirugía de Corrección Quirúrgica de Blefaroptosis** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de .....del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

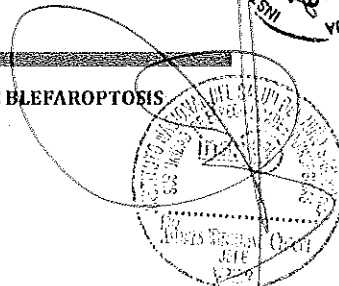
DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE CORRECCION QUIRURGICA DE BLEFAROPTOSIS  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE CATARATA BAJO ANESTESIA GENERAL

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N°...../2019/INSNSB)

### Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas Especialidad de Oftalmología

#### ESTUDIO DE CATARATA BAJO ANESTESIA GENERAL

La Catarata congénita es cualquier opacidad del cristalino del ojo que impide la entrada de la luz y que está presente al nacer o que se puede detectar en los primeros años de vida.

El cristalino del ojo es una estructura normalmente transparente que se encuentra situada justamente por detrás de la pupila (el círculo negro que vemos al centro del ojo). Su función es permitir el paso de la luz y llevarla a la capa de tejido sensitivo (la retina) que se encuentra en la parte de atrás del ojo.

Las cataratas comúnmente afectan a los adultos mayores, pero algunos bebés nacen con cataratas y algunos niños las presentan en los primeros años de vida (cataratas infantiles).

La catarata congénita se encuentra entre las principales causas de ceguera tratable en los niños y su detección y tratamiento precoces tienen importancia vital para minimizar la ambliopía (disminución de visión de un ojo; también conocido como ojo perezoso) y mejorar la recuperación visual.

#### Estudio de catarata bajo anestesia general

- Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrara dormido (anestesia general)
- El Estudio de Catarata comprende los siguientes procedimientos:
  - Queratometría (Medidas de curvatura corneal)
  - Ecobiometría (Evaluación de la longitud axial ocular)
  - Paquimetría (Evaluación del grosor corneal)
  - Tonometría (medida de la presión ocular)

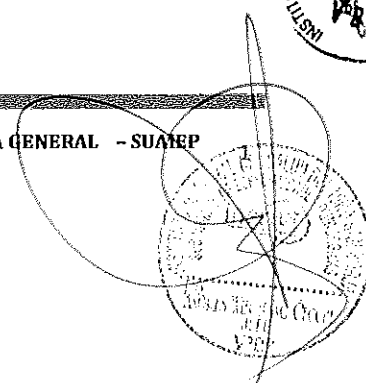
#### De manera opcional puede incluir

- Oftalmoscopia Indirecta (Evaluación del nervio óptico y estructuras oculares del polo posterior).
- Refracción (Valora la presencia de errores refractivos que tengan la necesidad de utilización de lentes para su corrección)
- Fotografía clínica RET CAM

#### Objetivos del Procedimiento

- El estudio permite determinar el tipo de catarata, las características de esta, la presencia o no de otras alteraciones oculares, así como planificar la cirugía.
- El estudio también permite determinar el cálculo del lente intraocular que será implantado durante el acto operatorio o en una segunda cirugía

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE CATARATA BAJO ANESTESIA GENERAL - SUAMEP  
ESPEC. QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





### Beneficios Esperados

La cirugía precoz de catarata permitirá mejorar el pronóstico visual del paciente evitando la ceguera.

### Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)

### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

### Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento.

- La No realización del Estudio de Catarata retrasará el diagnóstico y el inicio del tratamiento quirúrgico del paciente.

### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

Se puede realizar un estudio de la catarata en consultorio externo. Sin embargo, esta puede ser parcial, en niños poco colaboradores.

### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

El riesgo desangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

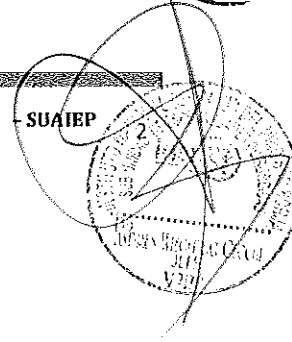
Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones/Observaciones:

El Estudio de Catarata es un procedimiento diagnóstico. Que permite planificar la cirugía y el cálculo de lente intraocular a utilizar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE CATARATA BAJO ANESTESIA GENERAL  
ESPEC. QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA

SUAIEP





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### **Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Estudio de Catarata bajo anestesia general**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice el Estudio de Catarata bajo anestesia general.**



San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Estudio de Catarata bajo anestesia general** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

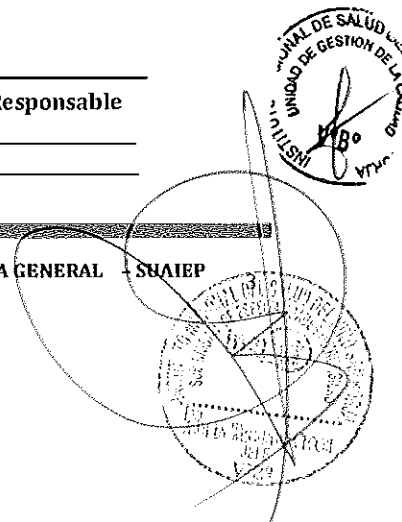
Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE CATARATA BAJO ANESTESIA GENERAL - SIAIEP  
ESPEC. QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE ESTRABISMO BAJO ANESTESIA GENERAL

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

### Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas Especialidad de Oftalmología

#### ESTUDIO DE ESTRABISMO BAJO ANESTESIA GENERAL

El estrabismo es un problema visual que hace que los ojos no estén alineados correctamente y apunten en diferentes direcciones. Un ojo puede mirar hacia delante, mientras que el otro se vuelve hacia adentro, hacia afuera, hacia arriba o hacia abajo. La alineación correcta puede intercambiar o alternarse de un ojo al otro (Academia Americana de Oftalmología).

#### Estudio de Estrabismo Bajo Anestesia General

- Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrara dormido (anestesia general)
- EL Estudio de ESTRABISMO comprende los siguientes procedimientos:
  - Oftalmoscopia Indirecta (Evaluación del nervio óptico y estructuras oculares del polo posterior).
  - Refracción (Valora la presencia de errores refractivos que tengan la necesidad de utilización de lentes para su corrección)
  - Test de Ducción pasiva de músculos extra oculares (Con una pinza se "pellizca" el musculo y se evalúa si tiene un movimiento normal)
- De manera opcional puede incluir
  - Ecobiometría (Evaluación de la longitud axial ocular)
  - Paquimetría (Evaluación del grosor corneal)
  - Tonometría (medida de la presión ocular)
  - Fotografía clínica RET CAM

#### Objetivos del Procedimiento

El estudio de estrabismo permite determinar patologías oculares que pueden ocasionar estrabismo, evaluar el estado refractivo del paciente (medida de la vista) y definir la existencia de restricción o parálisis de músculos extraoculares.

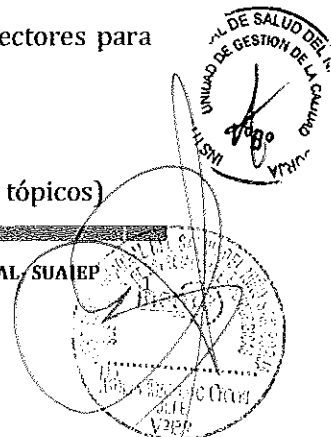
#### Beneficios Esperados

- El diagnostico precoz de patologías retinianas que permitan instalar en forma oportuna el tratamiento adecuado.
- Evaluar el estado refractivo del paciente lo que permitirá la indicación correctores para mejorar el estado visual del paciente.

#### Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE ESTRABISMO BAJO ANESTESIA GENERAL, SUA/EP  
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)

#### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento

La No realización del Estudio de Estrabismo dificultará en gran medida el diagnóstico precoz de alteraciones o enfermedades oculares que pueda estar afectando a su niño(a) retrasando el inicio del tratamiento adecuado.

#### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

Se puede realizar una evaluación y estudio de estrabismo en consultorio externo. Sin embargo, esta puede ser parcial, ya que el medico oftalmólogo difícilmente podrá realizar un test de ducción pasiva, fondo de ojo y/o refracción, si el paciente no colabora en el examen.

#### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

El riesgo de sangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

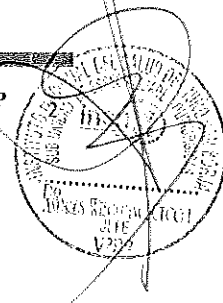
**Pronóstico :** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

#### Recomendaciones/Observaciones:

El Estudio de Estrabismo es un procedimiento diagnóstico según la Patología que se encuentre se planteará el tratamiento que recibirá el paciente.

#### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE ESTRABISMO BAJO ANESTESIA GENERAL- SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### Declaro:

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_ y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Estudio de Estrabismo Bajo Anestesia General** sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice el Estudio de Estrabismo Bajo Anestesia General.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Responsable  
CMP N° \_\_\_\_\_  
RNE N° \_\_\_\_\_

#### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Estudio de Estrabismo Bajo Anestesia General** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

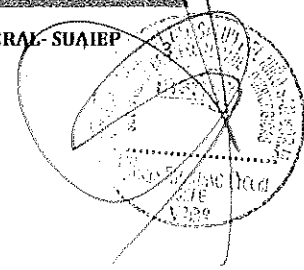
\_\_\_\_\_  
Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Responsable  
CMP N° \_\_\_\_\_  
RNE N° \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE ESTRABISMO BAJO ANESTESIA GENERAL- SUAIEP**  
**ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA**





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO GLAUCOMA BAJO ANESTESIA GENERAL

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología**

### ESTUDIO DE GLAUCOMA BAJO ANESTESIA GENERAL

#### **Glaucoma**

Es una enfermedad que daña el nervio óptico del ojo. Generalmente se produce cuando se acumula fluido en la parte delantera del ojo. El exceso de fluido aumenta la presión en el ojo y daña el nervio óptico y como consecuencia de ello existe pérdida progresiva de la visión y alto riesgo de ceguera (Academia Americana de Oftalmología).

#### **Estudio De Glaucoma Bajo Anestesia General**

EL Estudio de Glaucoma comprende los siguientes procedimientos:

- Tonometría (Medida de la Presión ocular)
- Biomicroscopía (Evaluación de las estructuras del segmento anterior ocular)
- Medida de diámetros corneales (Evaluación del crecimiento anormal corneal)
- Gonioscopía (Evaluación del ángulo camerular)
- Ecobiometría (Evaluación de la longitud axial ocular)
- Paquimetría (Evaluación del grosor corneal)
- Oftalmoscopia Indirecta (Evaluación del nervio óptico y estructuras oculares del polo posterior).
- Refracción (Valora la presencia de errores refractivos que tengan la necesidad de utilización de lentes para su corrección)

#### **Objetivos del Procedimiento**

- Permitir determinar la presencia o no de glaucoma en pacientes que presentan signos o síntomas sugerentes de esta enfermedad.
- Determinar la presión ocular y parámetros biométricos en el seguimiento del paciente post operado de glaucoma

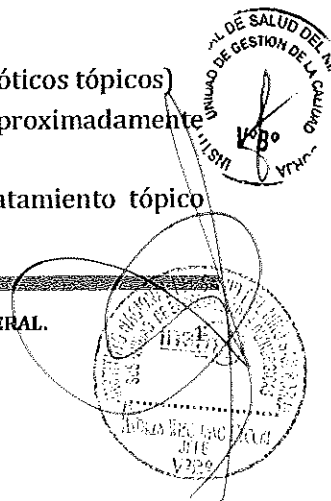
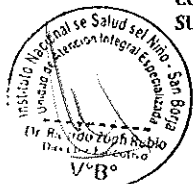
#### **Beneficios Esperados**

El diagnostico precoz de Glaucoma permite instalar en forma oportuna el tratamiento adecuado.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO GLAUCOMA BAJO ANESTESIA GENERAL.  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento.**

- Alto riesgo de pérdida visual y ceguera en caso de tener un glaucoma no diagnosticado o mal controlado.

#### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

- Se puede realizar un estudio de glaucoma en consultorio externo. Sin embargo, esta puede ser parcial, ya que la mayoría de pacientes (niños) no colabora en el examen sobre todo para realizar la tonometría, taquimetría, gonioscopia y fondo de ojo.

#### **Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**

El riesgo desangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

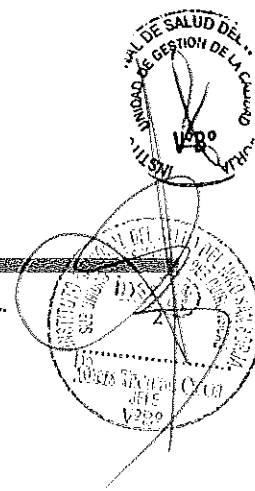
**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

#### **Recomendaciones/Observaciones:**

El tratamiento del glaucoma congénito es solamente con cirugía no puede ser controlado con gotas oftálmicas.

En consultorio externo no se pueden realizar todos los procedimientos que incluyen el estudio de glaucoma.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO GLAUCOMA BAJO ANESTESIA GENERAL.  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### **Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_ y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Estudio de Glaucoma Bajo Anestesia General**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para Estudio de Glaucoma Bajo Anestesia General.**

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Estudio de Glaucoma Bajo Anestesia General**, y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

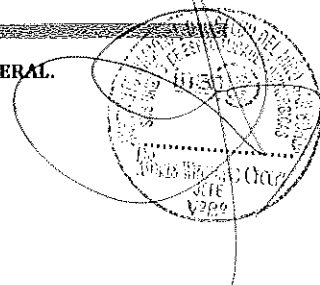
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO GLAUCOMA BAJO ANESTESIA GENERAL.**  
**SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE RETINA BAJO ANESTESIA GENERAL

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología**

### ESTUDIO DE RETINA BAJO ANESTESIA GENERAL

#### **Enfermedades de la Retina:**

Hereditarias (distrofias retinianas) o las inflamaciones de la retina y la coroides (Coroidorretinitis), así como las enfermedades del nervio óptico. Son alteraciones que pueden tener niños con enfermedades sistémicas, enfermedades genéticas, enfermedades cerebrales, síndromes metabólicos, etc. Siendo importante su detección y tratamiento oportuno ya que pueden comprometer la visión de los pacientes.

#### **Estudio de retina bajo anestesia general**

- Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrara dormido (anestesia general).
- EL Estudio de RETINA comprende los siguientes procedimientos:
  - Oftalmoscopia Indirecta (Evaluación del nervio óptico y estructuras oculares del polo posterior).
  - Refracción ( Valora la presencia de errores refractivos que tengan la necesidad de utilización de lentes para su corrección)

#### **De manera opcional puede incluir**

- Ecobiometría ( Evaluación de la longitud axial ocular)
- Paquimetría (Evaluación del grosor corneal)
- Tonometría (medida de la presión ocular)
- Fotografía clínica RET CAM

#### **Objetivos del Procedimiento**

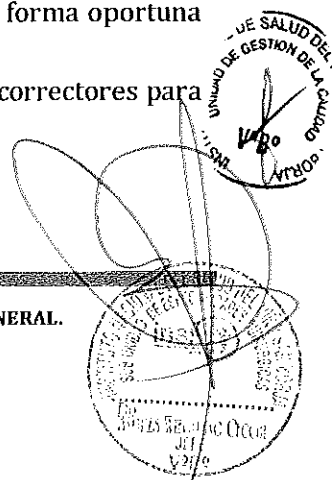
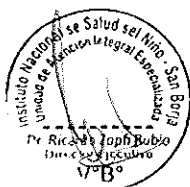
- Permitir determinar la presencia o no de **Coroidorretinitis, Distrofias de Retina y enfermedades del Nervio Óptico**, en pacientes que presentan signos o síntomas sugerentes de estas enfermedades.

#### **Beneficios Esperados**

- El diagnostico precoz de patologías retinianas que permitan instalar en forma oportuna el tratamiento adecuado.
- Evaluar el estado refractivo del paciente lo que permitirá la indicación correctores para mejorar el estado visual del paciente.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE RETINA BAJO ANESTESIA GENERAL.  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)

#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento.**

La No realización del Estudio de Retina dificultará en gran medida el diagnóstico precoz de alteraciones o enfermedades oculares que pueda estar afectando a su niño(a).

#### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

Se puede realizar un estudio de la retina en consultorio externo. Sin embargo, esta puede ser parcial, ya que el medico oftalmólogo no podrá evaluar todas las estructuras internas del ojo, pues la mayoría de pacientes (niños) no colabora en el examen.

#### **Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**

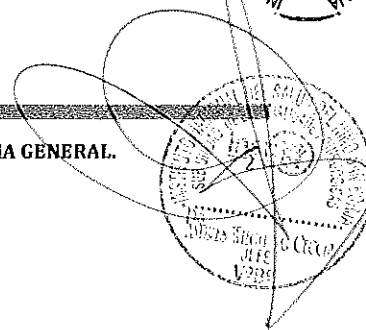
El riesgo desangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

#### **Recomendaciones/Observaciones:**

El Estudio de Retina es un procedimiento diagnóstico, según la Patología que se encuentre se planteará el tratamiento que recibirá el paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE RETINA BAJO ANESTESIA GENERAL.  
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_.

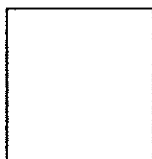
#### **Declaro :**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Estudio De Retina Bajo Anestesia General**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice el Estudio de Retina Bajo Anestesia General,**

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

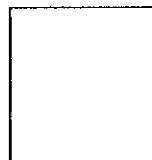
CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Estudio de Retina Bajo Anestesia General** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

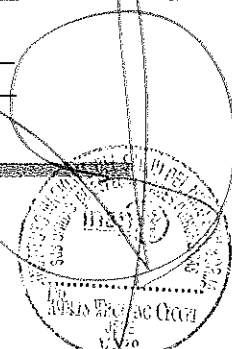
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIO DE RETINA BAJO ANESTESIA GENERAL**  
**SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGÍA**





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE IMPLANTE VALVULADO PARA EL TRATAMIENTO DE GLAUCOMA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología**

### CIRUGÍA DE IMPLANTE VALVULADO

#### **Glaucoma**

Es una enfermedad que daña el nervio óptico del ojo. Generalmente se produce cuando se acumula fluido en la parte delantera del ojo. El exceso de fluido aumenta la presión en el ojo y daña el nervio óptico y como consecuencia de ello existe pérdida progresiva de la visión, aumento del tamaño ocular y alto riesgo de ceguera (Academia Americana de Oftalmología).

#### **Cirugía de Implante Valvulado**

Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrara dormido (anestesia general). Esto permitirá que el médico oftalmólogo pueda introducir un pequeño tubo de silicona al interior de la parte delantera del ojo (cámara anterior), conectado a un reservorio que se coloca encima de la esclerótica del ojo (pero debajo de la conjuntiva). El humor acuoso se podrá drenar del ojo a través del plato de la válvula luego el fluido es absorbido por el tejido alrededor del ojo y así se disminuye la presión.

#### **Objetivos del Procedimiento**

- Permitir el drenaje del humor acuoso fuera del ojo controlando así la presión ocular.
- Controlar la progresión de la enfermedad y evitar la ceguera por glaucoma.

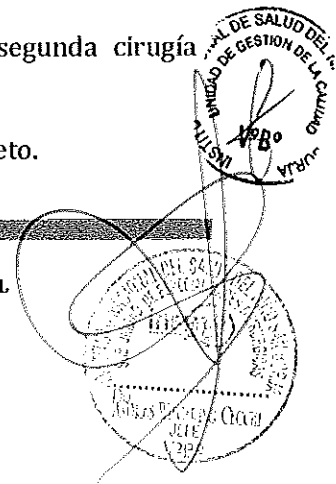
#### **Beneficios Esperados**

- Controlar la progresión del glaucoma.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)
- Fibrosis del tejido circundante del plato de válvula con inadecuado control de la presión ocular.
- Fracaso del control de la presión intraocular, y necesidad de una segunda cirugía (temprana o tardía)
- La visión podría empeorar o, en casos excepcionales, perderse por completo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE IMPLANTE VALVULADO PARA EL TRATAMIENTO DE GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



- Un incremento temprano o tardío de la presión intraocular (glaucoma) que requiere el uso de gotas para la presión ocular
- Una presión demasiado baja (hipotonía) cámara ocular plana, desprendimiento de coroides, maculopatía por hipotonía
- Daño no intencional a la córnea con el tubo y/o la esclera, incluyendo adelgazamiento o perforación y descompensación corneal pudiendo incluso requerir una segunda cirugía para reacomodar el tubo de silicona
- Diplopía y/o estrabismo por compromiso muscular en la colocación del plato o reservorio de la válvula.
- Inflamación crónica
- Catarata, excepto en los casos en que la catarata ha sido extraída

#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Infecciones severas como endoftalmitis, blebitis, etc.
- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento quirúrgico**

- Pérdida visual progresiva y alto riesgo de ceguera.

#### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

- Uso de medicamentos para disminuir la presión ocular los cuales actúan de forma parcial y solo por un breve periodo de tiempo. El Glaucoma Congénito se trata solo con Cirugía.

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:** El riesgo de sangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

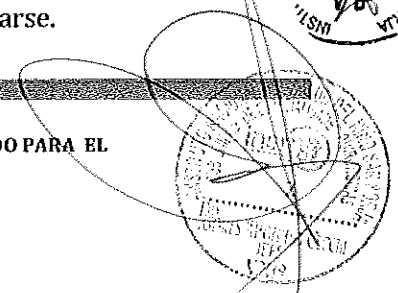
#### **Recomendaciones/Observaciones:**

El tratamiento del glaucoma congénito es solamente con cirugía no puede ser controlado con gotas oftálmicas.

La Modalidad de cirugía está determinada por el tipo de glaucoma congénito y las particularidades del ojo en el momento del diagnóstico individualizándose cada caso en particular.

Este procedimiento tiene como objeto controlar la presión y por ende, tratar de preservar la visión; ya que el grado de visión perdido por glaucoma no puede recuperarse.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE IMPLANTE VALVULADO PARA EL TRATAMIENTO DE GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

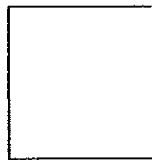
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### **Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Cirugía de Implante Valvulado**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo. Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Cirugía de Implante Valvulado.**

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Médico Responsable

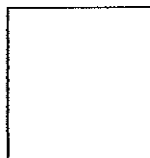
CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Cirugía de Implante Valvulado** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de ..... del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

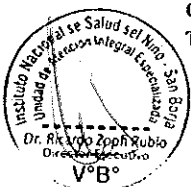
Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

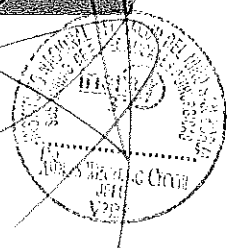
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE IMPLANTE VALVULADO PARA EL TRATAMIENTO DE GLAUCOMA. SUATEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO CORNEAL BAJO ANESTESIA GENERAL

(DS.Nº027-2015-SA. Reglamento de la Ley Nº29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud. Ley General de Salud Nº 26842 .RD Nº ...../2019/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología**

### CIRUGIA DE RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO CORNEAL BAJO ANESTESIA GENERAL

#### **Cuerpo Extraño Corneal:**

Presencia de un fragmento extraño adherido a la córnea. La córnea es la membrana externa y transparente que cubre el ojo. El cuerpo extraño puede rasguñar (rayar) la córnea o provocar una herida o lesión profunda (úlceras) que de no ser retirado puede dejar secuelas graves para la visión.

#### **Cirugía de Retiro de Cuerpo Extraño Corneal Bajo Anestesia General**

- Con el paciente dormido (bajo anestesia general) por medio de instrumentos oftalmológicos (pinzas) y un microscopio de aumento se retiran los cuerpos extraños corneales y se realiza limpieza de la córnea para eliminar todos los restos.

#### **Objetivos del Procedimiento**

- Retiro de cuerpos extraños corneales.

#### **Beneficios Esperados**

- Disminuir las complicaciones y secuelas corneales por cuerpo extraño.

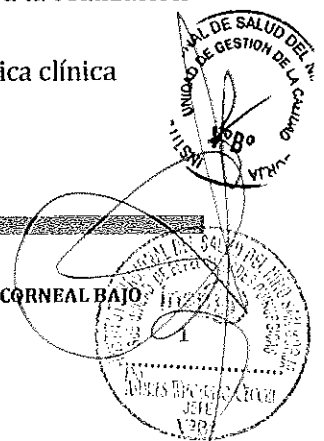
#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)
- Infección corneal
- Úlcera corneal (secuela común luego de ser retirado el cuerpo extraño)
- Endoftalmitis (infección ocular interna)

#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO CORNEAL BAJO ANESTESIA GENERAL. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





**Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

- Alto riesgo de perforación corneal
- Endoftalmitis (infección ocular interna)

**Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

- No existe tratamiento alternativo.

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente :**

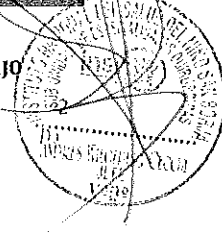
El riesgo de sangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmunosupresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones:**

El retiro de cuerpos extraños corneales es necesaria para evitar que se produzca un mayor daño sobre la superficie ocular del paciente. Es importante mencionar que en algunas ocasiones pueden quedar cicatrices sobre la córnea luego del retiro del cuerpo extraño. Para ello el paciente ha de ser evaluado de forma ambulatoria en el servicio de oftalmología.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO CORNEAL BAJO ANESTESIA GENERAL. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

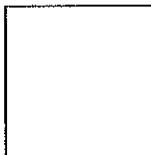
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_ con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica  
N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro :**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE  
N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi  
familiar, la realización de: **Cirugía de Retiro de Cuerpo Extraño Corneal Bajo Anestesia  
General**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables  
riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Cirugía de Retiro de Cuerpo Extraño Corneal  
Bajo Anestesia General.**



San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_  
de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma  
libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para  
la realización de **Cirugía de Retiro de Cuerpo Extraño Corneal Bajo Anestesia General** y  
asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

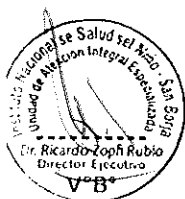
DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

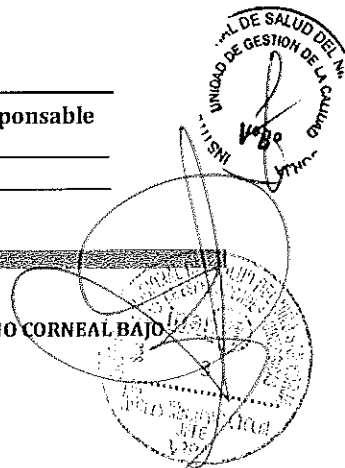
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO CORNEAL BAJO  
ANESTESIA GENERAL. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE O DE IMPLANTE VALVULADO PARA GLAUCOMA BAJO ANESTESIA GENERAL

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N°...../2019/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología**

### **REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE O DE IMPLANTE VALVULADO PARA GLAUCOMA BAJO ANESTESIA GENERAL**

#### **Glaucoma**

Es una enfermedad que daña el nervio óptico del ojo. Generalmente se produce cuando se acumula fluido en la parte delantera del ojo. El exceso de fluido aumenta la presión en el ojo y daña el nervio óptico y como consecuencia de ello existe pérdida progresiva de la visión y alto riesgo de ceguera (Academia Americana de Oftalmología)

#### **Revisión de Ampolla Filtrante o de Implante Valvulado para Glaucoma Bajo Anestesia General**

**Revisión de la Ampolla Filtrante:** Consiste en la permeabilización de la ampolla con una aguja o por medio de cirugía conjuntivo escleral, revisar la ampolla filtrante y procurar su adecuado funcionamiento filtrante para así disminuir la presión ocular.

#### **Revisión del implante valvulado, consiste en:**

- El destechamiento de la válvula: que es el retiro del tejido fibroso que se forma en el reservorio o plato de la válvula y que impide que la válvula drene adecuadamente el líquido (humor acuoso) del interior de ojo.
- La recolocación del tubo de válvula en la parte delantera del ojo (cámara anterior).

#### **Objetivos del Procedimiento**

- Permitir el adecuado funcionamiento del drenaje o de la ampolla filtrante para el control de la presión ocular en el tratamiento del glaucoma.

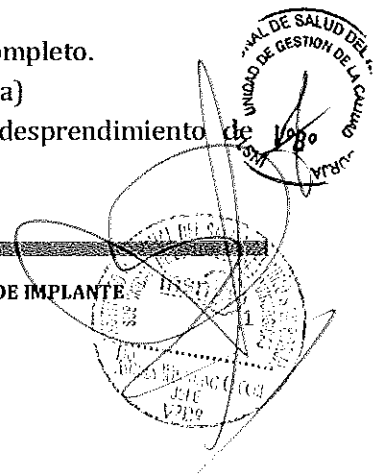
#### **Beneficios Esperados**

Tratamiento adecuado del glaucoma.

#### **Riesgos ó Complicaciones Frecuentes**

- Fracaso del control de la presión intraocular, y necesidad de una segunda cirugía (temprana o tardía)
- La visión podría empeorar o, en casos excepcionales, perderse por completo.
- Un incremento temprano o tardío de la presión intraocular (glaucoma)
- Una presión demasiado baja (hipotonía) cámara ocular plana, desprendimiento de coroides, maculopatía por hipotonía

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE O DE IMPLANTE VALVULADO PARA GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

- Daño no intencional a la córnea y/o la esclera, incluyendo adelgazamiento o perforación
- Acumulación anormal de líquido dentro del ojo, lo que requiere una segunda operación
- Sangrado dentro del ojo
- Inflamación crónica
- Catarata, excepto en los casos en que la catarata ha sido extraída
- A pesar de la cirugía, la visión podría empeorar como consecuencia del progreso del glaucoma u otros cambios degenerativos del ojo.
- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)
- Inflamación de la Ampolla filtrante.
- Nueva Fibrosis de ampolla filtrante o plato de válvula con inadecuado control de la presión ocular.
- Apertura de suturas con pérdida de líquido ocular (humor acuoso) fuera de la ampolla filtrante.

#### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Infecciones severas como endoftalmitis, blebitis, etc.
- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

- Pérdida visual progresiva y ceguera

#### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- No existe alternativa terapéutica.

#### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente

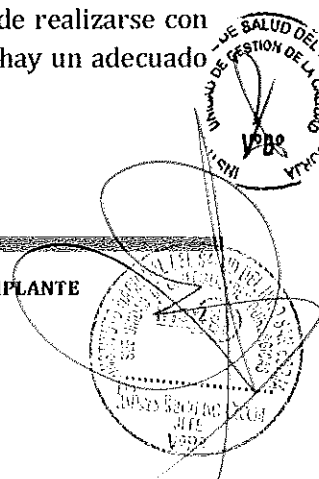
El riesgo de sangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

#### Recomendaciones/Observaciones:

La revisión de la ampolla filtrante o de la válvula para el glaucoma solo puede realizarse con cirugía, y debe realizarse en todo paciente operado de glaucoma en el cual no hay un adecuado control de la presión ocular.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE O DE IMPLANTE VALVULADO PARA GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

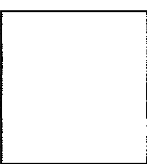
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_.

#### **Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_ y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Revisión de Ampolla Filtrante o de Implante Valvulado para Glaucoma Bajo Anestesia General**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

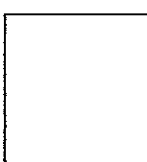
Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Revisión de Ampolla Filtrante o de Implante Valvulado para Glaucoma Bajo Anestesia General.**

_____		San Borja, ..... de ..... del 20.....
Firma del Representante Legal	Huella Digital	Firma del Médico Responsable
Nombre _____		CMP N° _____
DNI N° _____		RNE N° _____

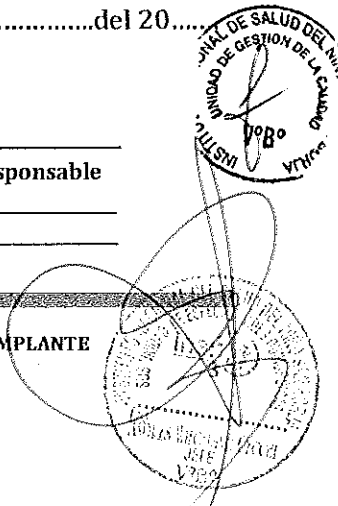
### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Revisión de Ampolla Filtrante o de Implante Valvulado para Glaucoma Bajo Anestesia General** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

_____		San Borja, ..... de ..... del 20.....
Firma del Representante Legal	Huella Digital	Firma del Médico Responsable
Nombre _____		CMP N° _____
DNI N° _____		RNE N° _____



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE O DE IMPLANTE VALVULADO PARA GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE TARSORRAFIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAGOFTALMOS

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas**  
**Especialidad de Oftalmología**

### CIRUGIA DE TARSORRAFIA

#### **Lagoftalmos**

Consiste en un cierre incompleto de los párpados, el cual produce una exposición del ojo al aire, insuficiente lubricación de la superficie ocular, y en definitiva una desprotección del mismo pudiéndose provocar lesiones graves en la cornea.

#### **Cirugía de tarsorrafia**

Para el tratamiento, el paciente se encontrara dormido (bajo anestesia general). Se realiza un corte en el párpado superior e inferior a nivel del canto externo, obteniendo dos colgajos que se suturarán con un hilo reabsorbible para disminuir la hendidura palpebral (la distancia que hay entre párpado superior e inferior)

#### **Objetivos del Procedimiento**

- Procurar un adecuado cierre palpebral que permita mantener una humedad suficiente en la superficie ocular, con el fin de evitar complicaciones corneales con las queratitis y las úlceras corneales por exposición.

#### **Beneficios Esperados**

Disminuir el riesgo de lesiones corneales por exposición.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

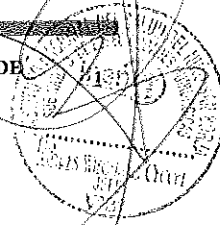
- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)
- Dehiscencia de puntos de herida operatoria
- Celulitis orbitaria

#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE TARSORRAFIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAGOFTALMOS. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



**Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

- Alto riesgo de Ulcera Corneal que puede derivar en perforación corneal.
- Queratitis por Exposición.
- Infecciones conjuntivales.

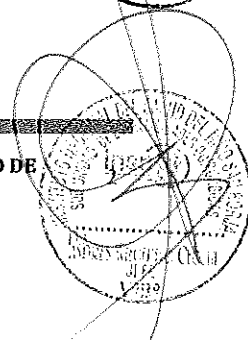
**Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

- Lubricación permanente además de cierre mecánico temporal del párpado mediante la colocación de un esparadrapo. Sin embargo, dicho tratamiento puede ser parcial o insuficiente.

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:** El riesgo desangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE TARSORRAFIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAGOFTALMOS. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

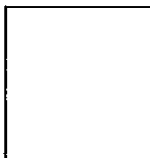
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica  
N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro :**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_ y RNE  
N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi  
familiar, la realización de: **Cirugía de tarsorrafia**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he  
comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para que se realice la Cirugía de Tarsorrafia.**



San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de  
forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha  
\_\_\_\_\_ para la realización de **Cirugía de tarsorrafia bajo anestesia general**  
\_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello puedan  
derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

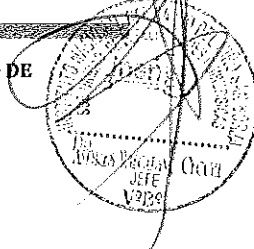
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE TARSORRAFIA PARA EL TRATAMIENTO DE  
LAGOFTALMOS. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE FOTOCOAGULACION LASER EN RETINA PARA TRATAMIENTO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2019/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas  
Especialidad de Oftalmología**

### **FOTOCOAGULACION LASER EN RETINA**

#### **Retinopatía de la Prematuridad**

Es una enfermedad ocular que se produce en un pequeño porcentaje de bebés prematuros, la cual causa el crecimiento de vasos sanguíneos anormales en la retina, la capa de células sensible a la luz que recubre la parte posterior del ojo que nos ayuda a ver, provocando que esta capa se desprenda provocando problemas muy graves para la visión del niño. (Academia Americana de Oftalmología).

#### **Fotocoagulación Laser en Retina**

Para el tratamiento, el paciente se encontrara dormido (bajo anestesia general) para permitir que el oftalmólogo cauteriza (queme) el borde de la retina con un rayo láser.

Este tratamiento se realiza en secciones muy específicas de la retina para intentar detener el crecimiento anormal de los vasos sanguíneos.

#### **Objetivos del Procedimiento**

- Prevenir el desprendimiento de la retina del niño evitando la ceguera.

#### **Beneficios Esperados**

Permitir una adecuada función visual al evitar la progresión de la retinopatía de la prematuridad.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

- Hemorragia vítrea
- Infecciones conjuntivales (Que en caso ocurran serán tratados con antibióticos tópicos)
- Hemorragia subconjuntival (Que se reabsorberá espontáneamente en aproximadamente 2 semanas).
- Queratitis (Daño no intencional de la córnea que será tratado con tratamiento tópico ocular)

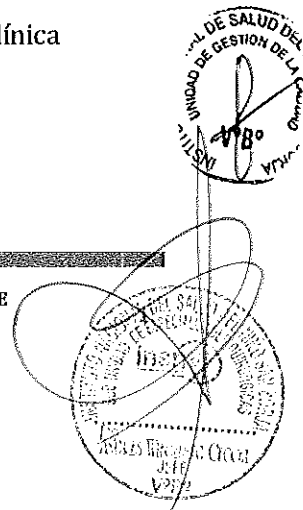
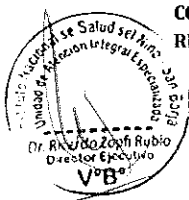
#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

- Lesiones por presión en piel derivados algunas posiciones necesarias para la realización de la cirugía
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica

#### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento**

- Desprendimiento de retina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE FOTOCOAGULACION LASER PARA TRATAMIENTO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





- Progresión de la retinopatía de la prematuridad.
- Ceguera.

#### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

La fotocoagulación laser es el tratamiento de elección para la retinopatía de la prematuridad. Como tratamiento alternativo tenemos: la inyección intraocular de antiangiogénicos, los cuales deben ser utilizados para casos específicos y severos de Retinopatía de la Prematuridad.

#### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

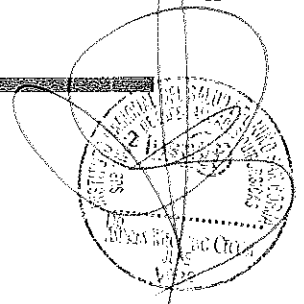
El riesgo desangrado o infecciones, puede ser más frecuente en pacientes que presenten enfermedades que alteren la coagulación, estados de inmuno supresión o desnutrición.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

#### Recomendaciones/Observaciones:

La Retinopatía de la Prematuridad requiere controles periódicos porque pueden conducir a la miopía, el desprendimiento de retina, el ojo perezoso (ambliopía) o estrabismo. También aumenta el riesgo de glaucoma (Academia Americana de Oftalmología)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE FOTOCOAGULACION LASER PARA TRATAMIENTO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

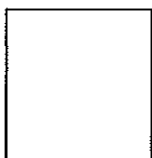
**Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **Fotocoagulación Láser en Retina.**

Sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para Fotocoagulación Láser en Retina Bajo Anestesia General.**



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

San Borja, ..... de ..... del 20 .....

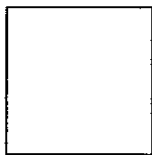
Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Fotocoagulación Laser en Retina Bajo Anestesia General** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

San Borja, ..... de ..... del 20 .....

Firma del Médico Responsable

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE FOTOCOAGULACION LASER PARA TRATAMIENTO DE  
RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA

