

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



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 18 MAR. 2019

VISTO:

El Expediente N° 19-003515-001 sobre la aprobación de los formatos de Consentimiento Informado para la Realización de Trabeculectomía para Tratamiento de Glaucoma", "Consentimiento Informado para la Realización de Cirugía de Trabeculectomía + Trabeculotomía para Tratamiento de Glaucoma" y "Consentimiento Informado para la Realización Procedimiento de Examen Bajo Sedación de Fondo de Ojo, Refracción y/o Tonometría", y;

CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja es un órgano desconcentrado especializado del Ministerio de Salud - MINSA, que según Manual de Operaciones, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, tiene como misión brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea y, simultáneamente realiza investigación y docencia, proponiendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional;

Que, el primer párrafo del artículo 4° de la Ley General de Salud – Ley N° 26842 prescribe 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, siendo excepción de este requisito las intervenciones de emergencia;

Que, artículo 1° de la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud – Ley N° 29414, dispone la modificación del artículo 15° de la Ley General de Salud – Ley N° 26842, cuyo numeral 15.4, literal a), prescribe que toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud; y literal b), que prescribe que el consentimiento debe constar por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;

Que, el segundo párrafo del artículo 24° del Reglamento de la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud - Ley N° 29414, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, prescribe 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 literal a) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, prescribe 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 del acápite IV de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica – NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, define el concepto de Consentimiento Informado como aquella 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 Nota Informativa N° 0177-2019-SUAIEPEQ-INSNSB, la Jefatura del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remite a la Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada, los formatos de "Consentimiento Informado para la Realización de Trabeculectomía para Tratamiento de Glaucoma", "Consentimiento Informado para la Realización de Cirugía de Trabeculectomía + Trabeculotomía para Tratamiento de Glaucoma" y "Consentimiento Informado para la Realización Procedimiento de Examen Bajo Sedación de Fondo de Ojo, Refracción y/o Tonometría", elaborados por la especialidad de Oftalmología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 077-2019-UAIE-INSNSB, la Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada informa a la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, de su opinión favorable respecto de la aprobación de los formatos de "Consentimiento Informado para la Realización de Trabeculectomía para Tratamiento de Glaucoma", "Consentimiento Informado para la Realización de Cirugía de Trabeculectomía + Trabeculotomía para Tratamiento de Glaucoma" y "Consentimiento Informado para la Realización Procedimiento de Examen Bajo Sedación de Fondo de Ojo, Refracción y/o Tonometría", elaborados por la especialidad de Oftalmología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 00126-2019-UGC-INSN-SB, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General de la Entidad, la aprobación de los formatos de "Consentimiento Informado para la Realización de Trabeculectomía para Tratamiento de Glaucoma", "Consentimiento Informado para la Realización de Cirugía de Trabeculectomía + Trabeculotomía para Tratamiento de Glaucoma" y "Consentimiento Informado para la Realización Procedimiento de Examen Bajo Sedación de Fondo de Ojo, Refracción y/o Tonometría", elaborados por la especialidad de Oftalmología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Informe Legal N° 090-2019-UAJ-INSN-SB, la Jefa (e) de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica informa a la Dirección General de la Entidad, de su opinión favorable de aprobar mediante acto resolutivo, los formatos de "Consentimiento Informado para la Realización de Trabeculectomía para Tratamiento de Glaucoma", "Consentimiento Informado para la Realización de Cirugía de Trabeculectomía + Trabeculotomía para Tratamiento de Glaucoma" y "Consentimiento Informado para la Realización Procedimiento de Examen Bajo Sedación de Fondo de Ojo, Refracción y/o Tonometría", elaborados por 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 (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa (e) de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Estando a lo dispuesto en la Ley General de Salud – Ley N° 26842, la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud – Ley N° 29414, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB y, con la Resolución Ministerial N° 021-2019/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR los formatos de Consentimiento Informado de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, que como anexo adjunto forma parte del presente acto resolutivo, según se detalla a continuación:

- "Consentimiento Informado para la Realización de Trabeculectomía para Tratamiento de Glaucoma".
- "Consentimiento Informado para la Realización de Cirugía de Trabeculectomía + Trabeculotomía para Tratamiento de Glaucoma".
- "Consentimiento Informado para la Realización Procedimiento de Examen Bajo Sedación de Fondo de Ojo, Refracción y/o Tonometría".

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, la implementación de los formatos de Consentimiento Informado, aprobado por el artículo 1° del presente acto resolutivo.

ARTÍCULO 3°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión de los formatos de Consentimiento Informado, aprobado por el artículo 1° del presente acto resolutivo.

ARTÍCULO 4°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

ARZR/JELC
Cc.
DA
UAIE
UGC
UAJ
Archivo

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



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE TRABECULECTOMIA PARA 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

TRABECULECTOMIA

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).

Trabeculectomía

Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrara dormido (anestesia general). En este procedimiento, se crea un pequeño pliegue en la esclerótica (la parte blanca del ojo) creando una comunicación alterna con el interior del globo ocular. También creará una burbuja (como un bolsillo) en la conjuntiva llamada ampolla de filtración. En general, se encuentra oculta debajo del párpado superior y no puede verse. El humor acuoso se podrá drenar del ojo a través del pliegue e ingresará a la ampolla. En la ampolla, el fluido es absorbido por el tejido alrededor del ojo y así se disminuye la presión.

Objetivos del Procedimiento

- Crear un drenaje fistuloso artificial para el humor acuoso.
- Controlar la progresión de la enfermedad y evitar la ceguera por glaucoma.

Beneficios Esperados

- Controlar la progresión del glaucoma.

Riesgos o 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
- 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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE TRABECULECTOMIA PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



- Catarata, excepto en los casos en que la catarata ha sido extraída
- Puede persistir irritación o molestia permanente en el ojo.
- A pesar de la cirugía, la visión podría empeorar como consecuencia del progreso del glaucoma u otros cambios degenerativos del ojo.
- Infecciones oculares (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 de trabeculectomía con inadecuado control de la presión ocular.
- Apertura de suturas con pérdida de líquido ocular (humor acuoso) fuera de la ampolla filtrante que requerirá una nueva cirugía.

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 REALIZACION DE TRABECULECTOMIA PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA.
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 de **Trabeculectomía para Tratamiento del Glaucoma**, 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 Trabeculectomía para Tratamiento del Glaucoma.



Huella Digital

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

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 del procedimiento de **Trabeculectomía para Tratamiento del Glaucoma** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

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

Firma del Representante Legal

Nombre _____

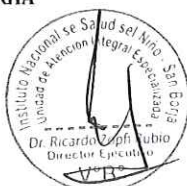
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE TRABECULECTOMIA PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA
SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE TRABECULECTOMIA + TRABECULOTOMIA PARA 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

TRABECULECTOMIA + TRABECULOTOMIA

El **Glaucoma Congénito** 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).

Trabeculectomía + Trabeculotomía

Para el realizar el procedimiento, el paciente se encontrara dormido (anestesia general). En este procedimiento, se crea un pequeño pliegue en la esclerótica (la parte blanca del ojo) creando una comunicación alterna con el interior del globo ocular. También creará una burbuja (como un bolsillo) en la conjuntiva llamada ampolla de filtración. En general, se encuentra oculta debajo del párpado superior y no puede verse. El humor acuoso se podrá drenar del ojo a través del pliegue e ingresará a la ampolla. En la ampolla, el fluido es absorbido por el tejido alrededor del ojo y así se disminuye la presión. Adicionalmente, se realizará una abertura al canal de drenaje del ojo, llamado Canal de Schlemm, con un aparato denominado trabeculótomo, con el fin de retirar estructuras que condicionen mayor resistencia al flujo de salida del líquido intraocular. Esto con el fin de disminuir más la presión intraocular.

Objetivos del Procedimiento

- Crear un drenaje fistuloso artificial para el humor acuoso.
- Disminuir la resistencia anatómica al flujo de salida del humor acuoso
- Controlar la progresión de la enfermedad y evitar la ceguera por glaucoma.

Beneficios Esperados

Controlar la progresión del glaucoma.

Riesgos o 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.
- Daño no intencional a la córnea y/o la esclera, incluyendo adelgazamiento o perforación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE TRABECULECTOMIA + TRABECULOTOMIA PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



- 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.
- Fibrosis de trabeculectomía 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 alto riesgo de ceguera.

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

El 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 REALIZACION DE CIRUGIA DE TRABECULECTOMIA + TRABECULOTOMIA PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

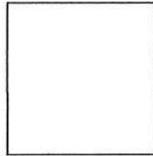
Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

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: **Trabeculectomía + Trabeculotomía para el tratamiento del Glaucoma**, 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 la realización de la Cirugía: Trabeculectomía + Trabeculotomía para el tratamiento del Glaucoma.



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

San Borja, de del 20.....

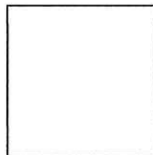
Firma del Médico Responsable

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 la cirugía: **Trabeculectomía + Trabeculotomía para el tratamiento del Glaucoma** 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 CIRUGIA DE TRABECULECTOMIA + TRABECULOTOMIA PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRURGICAS - OFTALMOLOGIA





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION PROCEDIMIENTO DE EXAMEN BAJO SEDACIÓN DE FONDO DE OJO, REFRACCIÓN Y/O TONOMETRIA

(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

PROCEDIMIENTO BAJO SEDACIÓN (ANESTESIA GENERAL):

Marcar con una X el examen y procedimiento a realizar:

- **PROCEDIMIENTO DE FONDO DE OJO:** CPT 92250 ()
- **PROCEDIMIENTO DE FONDO DE OJO CON CÁMARA RETINAL:** CPT 92250 ()
- **PROCEDIMIENTO DE REFRACCIÓN CON CICLOPLEJIA:** CPT 92016 ()
- **PROCEDIMIENTO DE TONOMETRIA:** CPT 92100 ()

Diagnóstico:

Trastornos Hereditarios (distrofias retinianas) o las inflamaciones de la retina y la coroides (Coroidorretinitis), así como las enfermedades del nervio óptico como glaucoma congénito. 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. Asimismo, descartar ametropías mediante la retinoscopia.

Descripción del Procedimiento

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

El estudio comprende lo siguiente:

- 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION PROCEDIMIENTO DE EXAMEN BAJO SEDACIÓN DE FONDO DE OJO, REFRACCIÓN Y/O TONOMETRIA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**Beneficios Esperados**

- El diagnóstico 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

- Taquicardia sinusal.
- Conjuntivitis post toma de presión

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Hemorragia subconjuntival
- Queratitis
- Lesiones en piel por la posición del paciente durante el examen

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 médico oftalmólogo no podrá evaluar todas las estructuras internas del ojo, pues la mayoría de pacientes pediátricos 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 inmadurez 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 REALIZACIÓN PROCEDIMIENTO DE EXAMEN BAJO SEDACIÓN DE FONDO DE OJO, REFRACCIÓN Y/O TONOMETRIA. SUAEI 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: Examen Bajo Sedación (Anestesia General), Procedimiento** _____, 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: Examen Bajo Sedación (Anestesia General), Procedimiento _____

San Borja, de del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

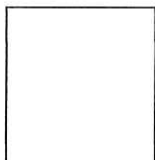
Firma del Médico Responsable

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 **Procedimiento: Examen Bajo Sedación (Anestesia General), Procedimiento** _____, 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° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION PROCEDIMIENTO DE EXAMEN BAJO SEDACIÓN DE FONDO DE OJO, REFRACCIÓN Y/O TONOMETRIA. SUAIEP ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - OFTALMOLOGÍA

