



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE QUIMIODENERVACION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES PARA EL TRATAMIENTO DEL 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°...../2020/INSNSB)

PROCEDIMIENTO: QUIMIODENERVACION DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES

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

Diagnóstico: El Estrabismo se define como 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. El giro del ojo puede ser consistente o puede ir y venir. La alineación correcta puede intercambiar o alternarse de un ojo al otro.

Estrabismo es la desviación manifiesta de un eje ocular en relación con la posición que debería adoptar cuando el otro fija un objeto. AAO (Academia Americana de Oftalmología).

Descripción del Procedimiento:

Quimiodenervación de Músculos Extraoculares es un procedimiento quirúrgico ambulatorio que consiste en inyectar toxina botulínica a los músculos oculares que ejercen la mayor fuerza desviando los ojos fuera de su eje, si la desviación es hacia adentro (Endotropía) se colocará a los músculos rectos internos o medios, si la desviación es hacia afuera se colocará a los músculos rectos laterales o externos. El procedimiento se realiza bajo anestesia general y local con la finalidad de evitar el dolor en el paciente.

Objetivos del Procedimiento

- Permitir el tratamiento temprano y eficaz del estrabismo con el mínimo de complicaciones.
- Brindar una alternativa terapéutica a la cirugía en pacientes con estrabismo

Beneficios Esperados

Lograr la alineación de los ojos o disminuir el ángulo de desviación pasado el efecto del medicamento, permitiendo periodos de binocularidad y ortotropía.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Ptosis Palpebral (caída de los párpados superiores) se presenta en el 80% de los casos siendo un efecto pasajero que se resuelve aproximadamente en 30 días
- 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 ó Complicaciones poco Frecuentes

- Infecciones Oculares severas (endofthalmitis)
- Riesgo de Morbimortalidad inclusive actuando según las reglas de la práctica clínica
- Estrabismo vertical

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

- Continuar con estrabismo
- Ambliopía (ojo perezoso) que no mejora

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- Cirugía de estrabismo según evaluación.

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 inmuo supresión o desnutrición.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

El efecto total de la toxina botulínica es de 6 meses aprox. Luego de ello el paciente puede requerir una segunda dosis o pasar a cirugía es estrabismo residual según la evaluación medica

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 de ESTRABISMO.

Declaro: Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento quirúrgico : Quimiodenervación de Músculos Extraoculares para el tratamiento del 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 el procedimiento quirúrgico: **Quimiodenervación de Músculos Extraoculares** para tratamiento del Estrabismo a favor de mi representado.

San Borja, dedel 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

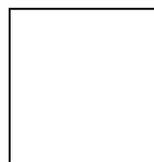
CMP N° _____

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 del procedimiento quirúrgico : Quimiodenervación de Músculos Extraoculares para el tratamiento del Estrabismo y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, dedel 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____