



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

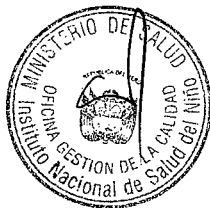
Nº 159 -2021-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 04 de AGOSTO de 2021

Visto, el expediente con Registro DG-Nº008484-2021, que contiene el Memorando Nº 604-2021-DEIDAECA-INSN, con el cual se hace llegar la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA EN EL PACIENTE PEDIATRICO", Elaborada por el Servicio de Oftalmología

CONSIDERANDO:



Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;



Que, con Memorando Nº 604-2020-DEIDAECA-INSN-2021, el director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía del Niño y del Adolescente remite a la Oficina de Gestión de la Calidad el Documento Técnico: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA EN EL PACIENTE PEDIATRICO", elaborada por el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando Nº700-2021-DG/INSN, de fecha 15 julio del 2021, la Dirección General aprueba el Documento Técnico: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA EN EL PACIENTE PEDIATRICO", elaborada por el Servicio de Oftalmología; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;



Con la opinión favorable de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente, el Departamento de Investigación, Docencia y Atención de Cirugía Pediátrica y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar el Documento "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA EN EL PACIENTE PEDIATRICO" que consta de (23) folios, elaborado por el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación del Documento Técnico: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA EN EL PACIENTE PEDIATRICO" en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño Breña

M.C. YSMAEL ALBERTO ROMERO GUZMAN
C.M.R. 27435 R.N.E. 14389
DIRECTOR GENERAL

YARG/CLUD DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () DA
- () DEIDAECNA
- () DIDAC
- () OEI
- () OAJ
- () OGC



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**GUÍA TÉCNICA PARA EL
DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE
GLAUCOMA EN EL
PACIENTE PEDIÁTRICO**

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

MAYO 2021



ÍNDICE

I.	Finalidad	3
II.	Objetivos	3
III.	Ámbito de Aplicación	3
IV.	Nombre del proceso a estandarizar	3
V.	Consideraciones Generales	3
	5.1 Definición	3
	5.2 Etiología	4
	5.3 Fisiopatología	4
	5.4 Aspectos Epidemiológicos	4
	5.5 Factores de Riesgo Asociado	4
VI.	Consideraciones Específicas	5
	6.1 Cuadro Clínico	5
	6.2 Diagnóstico	6
	6.3 Exámenes Auxiliares	8
	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	8
	6.4 Complicaciones	14
	6.5 Criterios de Referencia y Contrarreferencia	14
VII.	Flujograma	15
VIII.	Recomendaciones	16
IX.	Bibliografía	17

I. FINALIDAD

Contribuir a la detección precoz y evaluación integral del glaucoma congénito, así como su adecuado tratamiento.

II. OBJETIVO

General:

- Establecer los lineamientos para que los médicos del Servicio de Oftalmología Pediátrica del INSN realicen el diagnóstico y tratamiento oportuno de glaucoma congénito en la población pediátrica y prevenir las posibles complicaciones.

Específicos:

- Establecer el diagnóstico temprano y de certeza de glaucoma congénito.
- Definir el tratamiento quirúrgico de acuerdo al estado del segmento anterior y establecer tratamiento médico coadyuvante cuando sea necesario.
- Realizar seguimiento adecuado del paciente para prevenir la pérdida visual y el deterioro funcional.
- Fortalecer las competencias de médicos residentes en oftalmología y pediatras en catarata congénita para un diagnóstico oportuno.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación en el servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE

GLAUCOMA CONGENITO

CODIGO CIE-10

Q15.0



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Se define como la detención en el desarrollo del ángulo camerular que conduce a una obstrucción de los conductos de salida del humor acuoso, lo que ocasiona un aumento de la presión intraocular y como consecuencia atrofia del nervio óptico, alargamiento del eje axial del ojo y alteraciones de la córnea ^(1,2).

Se denomina glaucoma congénito al glaucoma que se presenta desde el nacimiento hasta los 24 meses ⁽²⁾.

5.2. ETIOLOGÍA ^(3,4)

El desarrollo incompleto del ángulo camerular puede causar una mayor resistencia al flujo de la salida del humor acuoso, llevando a la aparición de una variedad de manifestaciones clínicas.

5.3. FISIOPATOLOGIA

El defecto patológico básico es la resistencia aumentada al flujo de salida del humor acuoso debido al desarrollo anormal del tejido del ángulo de la cámara anterior, el cual se deriva de las células de la cresta neural. La anomalía ocurre durante el desarrollo embriológico. Estas alteraciones llevan a obstaculizar el drenaje del humor acuoso, lo cual produce un aumento de la presión intraocular con el consecuente daño del nervio óptico y pérdida progresiva de la visión ⁽⁵⁾.

Existen dos teorías:

- 1) Formación de una membrana y fibras del iris sobre el trabéculo: membrana de Barkan (1955). Aunque estudios histológicos no han demostrado la presencia de una verdadera membrana.
- 2) Inserción alta del iris sobre la malla trabecular. Esta apariencia está dada por engrosamiento de los haces trabeculares que impiden la migración posterior normal del cuerpo ciliar y el iris (Anderson 1981).

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS ^(4,6)

- Se produce en 1 de cada 10,000 nacidos vivos.

- Es la segunda causa más importante de ceguera en la infancia (después de la catarata) constituyendo el 5% de los casos de ceguera.
- Es bilateral en las dos terceras partes (70%).
- Aproximadamente el 60% son diagnosticados a los 6 meses de edad y el 80% dentro del primer año de vida.
- Más frecuente en varones (65%)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS ⁽⁷⁾

5.5.1. Medio Ambiente

- El medio ambiente no influye en esta patología pediátrica.

5.5.2. Estilos de Vida

- Está presente desde el nacimiento, los estilos de vida no influyen en esta patología.

5.5.3. Factores Hereditarios

- La mayoría de los casos son esporádicos
- Cuando se hereda se transmite como un rasgo autosómico recesivo
- Las poblaciones en las que es común la consanguinidad tienen una mayor incidencia de glaucoma congénito.
- Puede manifestarse desde el nacimiento con ciertas enfermedades como neurofibromatosis 1, síndromes de Down y Turner.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO:

6.1.1. Signos y síntomas ⁽⁵⁾

Las manifestaciones principales son las siguientes:

- Fotofobia

- Epifora
- Blefarospasmo
- Edema corneal
- Bftalmía
- Aumento del diámetro corneal
- Estrías de Haab (rotura de la membrana de Descemet)
- Miopía elevada con astigmatismo y daño del nervio óptico
- La triada clásica del glaucoma congénito primario: epifora, fotofobia y blefaroespasmo.

6.1.2. Interacción Cronológica ⁽⁵⁾

- Suele presentarse en el periodo neonatal o de la lactancia con una combinación de signos y síntomas.
- El edema corneal es el resultado del aumento de la PIO y puede ser gradual o brusco en su inicio.
- El aumento de tamaño corneal se produce por un estiramiento gradual de la córnea como resultado de la PIO elevada y aparece a menudo en lactante algo mayores y continua hasta los 2-3 años de edad ^(7,8).
- En casi todos los casos de glaucoma congénito primario sin tratamiento, la enfermedad progresa y conduce a la ceguera.

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios Diagnósticos: El diagnóstico es clínico, dos o más hacen el diagnóstico ⁽⁵⁾

- Presión intraocular elevada. (Anexo 1)
- Edema corneal (es el síntoma de presentación en menores de 3 meses).
- Presencia de estrías de Haab.

- Diámetro corneal mayor de 11.5 mm uni o bilateral. (Anexo 2)
- Aumento en la excavación del nervio óptico.

6.2.2. Diagnóstico diferencial ⁽⁶⁾

- Megalocórnea congénita.
- Miopía avanzada.
- Trauma al nacimiento.
- Distrofia endotelial hereditaria congénita.
- Obstrucción del conducto lagrimeo nasal.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De imágenes ⁽¹⁾

El examen debe hacerse bajo anestesia general en sala de operaciones según el grado de colaboración del paciente, los exámenes que deben realizarse son:

- a. Fotografía del nervio óptico.
- b. Ecografía modo B.
- c. Ecografía modo A: Ecobiometría (Longitud axial).
- d. Ultrabiomicroscopía de segmento anterior (UBM).

6.3.2. De exámenes especializados complementarios ⁽⁶⁾

Debe hacerse bajo anestesia general en sala de operaciones, según el grado de colaboración del paciente, para un buen registro del paciente se deben realizar todos los siguientes exámenes:

- a. Biomicroscopía: opacidad corneal (estrias de Haab).
- b. Tonometría de aplanación (Perkins).
- c. Medición del diámetro corneal.
- d. Paquimetría.

e. Gonioscopía.

f. Fondo de ojo.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales y Preventivas

- Para el manejo de pacientes con glaucoma congénito, se requiere un equipo interdisciplinario formado por pediatra, neonatólogo y oftalmólogo pediatra, médico genetista ⁽¹⁾.
- Siempre debe realizarse un examen oftalmológico, bajo anestesia general según se requiera el caso ⁽¹⁾.
- El tratamiento definitivo es quirúrgico ⁽¹⁾
- El tratamiento médico es temporal mientras se realiza la cirugía ⁽¹⁾

6.4.2. Terapéutica ^(1,6)

- La cirugía es el tratamiento definitivo y su pronóstico mejora con relación al inicio del tratamiento y al diagnóstico precoz.
- El tratamiento médico se da con antiglaucomatosos en gotas oftálmicas, hasta el tratamiento quirúrgico:
 - Acetazolamida 10 a 30 mg/Kg de peso por día
 - Timolol/dorzolamida 1 gota c/12 horas
 - El uso de Brimonidina está restringido en menores de 7 años
- Es una urgencia quirúrgica dado que produce ambliopía orgánica (por lesión del nervio óptico) y funcional (por edema corneal y miopía) y alto riesgo de atrofia óptica con ceguera irreversible.

6.4.3 Manejo Quirúrgico

La elección de la técnica quirúrgica dependerá de la transparencia corneal y de las alteraciones anatómicas angulares. Se recomienda la siguiente secuencia de procedimientos:

- Goniotomía

- Incisión en la malla trabecular bajo visualización gonioscópica ⁽¹²⁾.
- Requiere que la córnea esté transparente para la visualización de las estructuras del ángulo ⁽¹³⁾.

- Trabeculotomía

- Abordaje externo para identificar, canalizar y después conectar el conducto de Schlemm con la cámara anterior mediante una incisión en la malla trabecular desde el exterior ⁽¹²⁾.
- Se prefiere cuando se visualiza mal el ángulo o en corneas con edema ⁽¹³⁾.

- Trabeculectomía

- Consiste en la creación de una vía directa de comunicación entre la cámara anterior y el espacio subconjuntival mediante la resección de un fragmento corneo-escleral ⁽¹²⁾.
- Se prefiere cuando han fracasado las goniotomías o trabeculotomías previas ⁽¹³⁾.

- Implante valvular

- La colocación de implantes de drenaje representan una opción de tratamiento en pacientes con glaucoma congénito primario que en su mayoría continúan utilizando terapia médica tópica complementaria ⁽¹²⁾.



- **Cicloablación (láser Nd:YAG o láser diodo) Ciclocrioterapia (frío)**

- Reducen la producción de humor acuoso en el cuerpo ciliar⁽¹³⁾.
- Para casos muy resistentes o no susceptibles de las intervenciones antes señaladas ⁽¹²⁾.

- **Ciclofotocoagulación endoscópica (CFE)**

- Láser diodo aplicado mediante microendoscopio directamente en los procesos ciliares bajo observación directa ⁽¹³⁾.
- Ventajoso en ojo con características anatómicas anormales en el segmento anterior ⁽¹²⁾.

- **Control postoperatorio**

Control post operatorio el día 1, 7 y luego quincenalmente ⁽¹⁾

6.4.3. Efectos adversos y/o colaterales con el tratamiento

Riesgos frecuentes:

- **Alteraciones de la ampolla de filtración:** como filtrar más de lo esperado, llevando muchas veces a aplanamiento de la cámara anterior con la consecuente disminución brusca y sostenida de la PIO ⁽⁹⁾.
- **Catarata:** en el periodo postoperatorio y genera deterioro visual ⁽¹⁰⁾.
- **Hemorragia subconjuntival,** que se reabsorberá espontáneamente ⁽¹⁰⁾.
- **Cicatrización conjuntival** que puede causar sensación de cuerpo extraño en pacientes con esta predisposición biológica ⁽⁹⁾.

Riesgos poco frecuentes ⁽¹³⁾:

- **Granuloma** que puede requerir una extirpación quirúrgica.



- **Fracaso del drenaje del humor acuoso:** puede ser por obstrucción interna de la vía creada en la cirugía o por un exceso de cicatrización que bloquea la ampolla de filtración creada en la superficie del ojo.
- **Hemorragia intraocular:** puede ocurrir tanto en la parte anterior del ojo (Hifema) como en la parte posterior.
- **Aumento agudo de la presión ocular:** puede ocurrir incluso en las cirugías filtrantes. Ciertos casos requieren una nueva cirugía.
- **Presión ocular muy baja (hipotonía ocular):** dependiendo de la causa, se podrá resolver con medicación o requerir una nueva cirugía.
- **Blebitis:** infección de la ampolla filtrante.
- **Infección dentro del ojo (endoftalmitis):** no sólo puede ocurrir en el postoperatorio inmediato sino también varios años después de la cirugía al infectarse la ampolla de filtración (Blebitis).
- **Hemorragia expulsiva:** complicación rara. Se trata de la expulsión del contenido ocular generado por una hemorragia masiva intraocular.
- **Atrofia del nervio óptico:** en relación a PIO elevada.
- **Atrofia del globo ocular /Ptisis bulbi.**
- **Otras:** Iridodiálisis. Desprendimiento de la membrana de Descement.

6.4.4. Signos de alarma ⁽¹³⁾

- Presión intraocular elevada luego del tratamiento
- Disminución brusca de la visión
- Signos de infección post quirúrgica (endoftalmitis)

6.4.5. Criterios de Alta ⁽¹⁾

- Desaparición de síntomas y signos



- Controles periódicos cada 3 o 6 meses según la evolución del paciente, con controles de PIO. Se agregan gotas antiglaucomatosas, antiinflamatorias y antibióticos si se requiere.

6.4.6. Pronóstico ⁽⁸⁾

- En general la evolución con la cirugía es favorable ⁽⁸⁾
- La corrección o mejoría quirúrgica es la regla

6.5. COMPLICACIONES ⁽¹²⁾

- Pérdida de la visión - ceguera
- Glaucoma absoluto
- Estafiloma anterior
- Queratopatía bullosa
- Atrofia del nervio óptico
- Enucleación en casos avanzados de glaucoma absoluto

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ⁽¹⁾

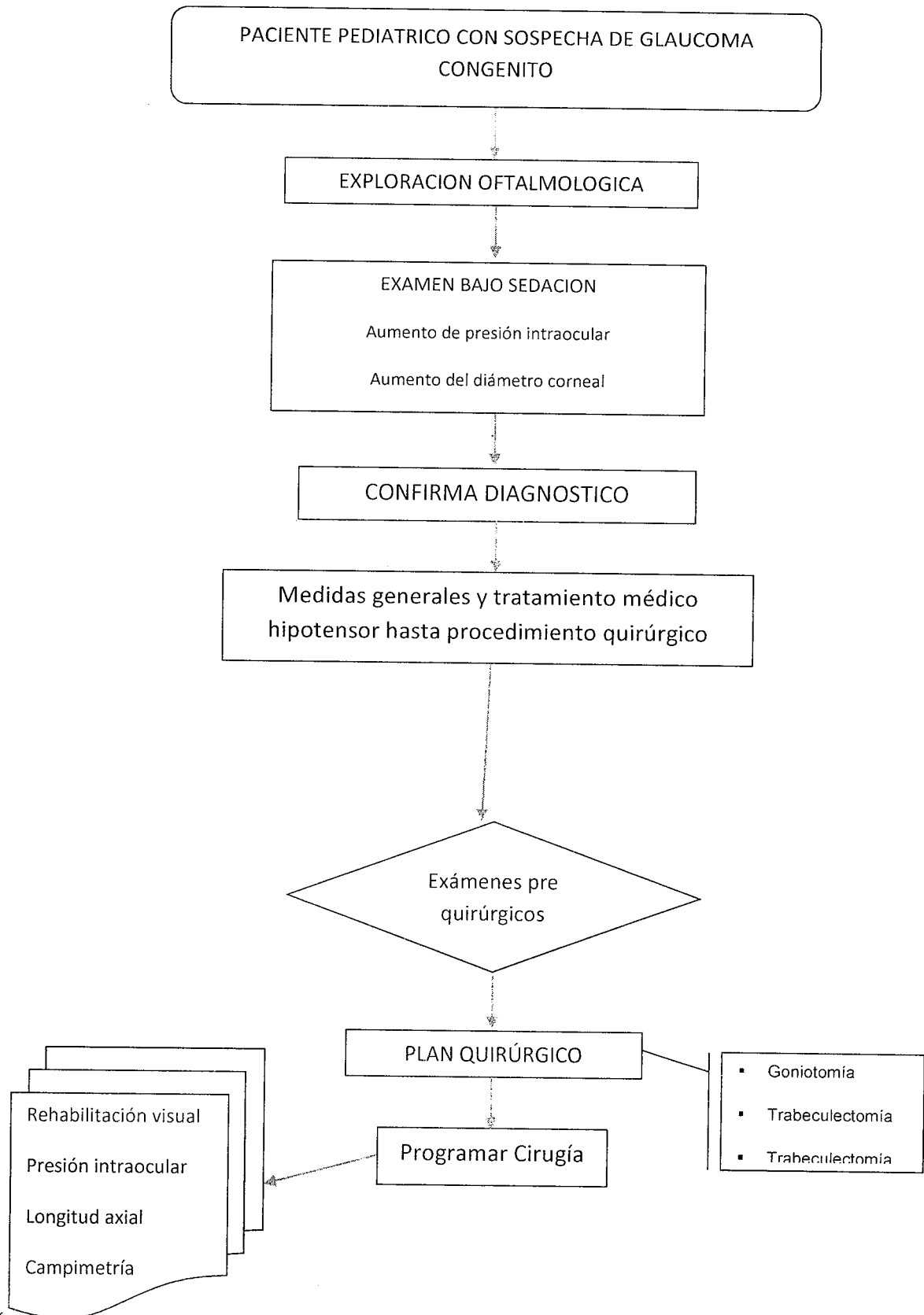
CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente con sospecha o diagnóstico de Glaucoma congénito debe ser referido al INSN

CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA

- La cirugía mejorará los síntomas y parámetros del seguimiento del glaucoma.
- Una vez estabilizada la PIO en el curso del manejo médico-quirúrgico, podrá contra referirse al nivel respectivo para su vigilancia y tratamiento

6.7 FLUXOGRAMA DE GLAUCOMA CONGÉNITO



Anexo 1. Presión intraocular normal en mm de Hg de acuerdo a edad cronológica ⁸

Edad	Mínima	Máxima
Menores de un año	8.4	9.4
1 - 2 años	9.4	10.2
2 - 3 años	10.4	11.1
3- 4 años	10.9	12.0
4- 5 años	11.6	13.1
5-6 años	12.2	14.2

R. Sampaolesi • J. Zarate • J. R. Sampaolesi. The Glaucomas. Volume 1 Pediatric Glaucomas Chapter 7. Normal Intraocular Pressure in Children from Birth to 5 Years of Age Under General Anesthesia

Anexo 2. Diámetro corneal horizontal normal en mm de acuerdo a grupo etario ¹¹

Recién nacido	9.5 - 10.5 mm	Mayor a 11.5 es anormal
Un año	10.5 - 11.5 mm	Mayor a 12.5 es anormal
Mayores de un año		Mayor a 13.0 es anormal

Wilson, E. M., Saunders, R. & Rupal, T. Pediatric ophthalmology: current thought and a practical guide. Springer Science & Business Media. 2008 / Krishna M. Goel, Robert Carachi. Hutchison's Atlas of Pediatric Physical Diagnosis 2014 / Robert A. Copeland Jr. Natalie Afshari. Copeland and Afshari's Principles and Practice of Cornea 2013.

Anexo 3. Eje anteroposterior del globo ocular normal en mm según edad en meses ¹¹

Edad (meses)	Longitud axial (mm)	Rango	Predicción
1	18.7	18.2-19.1	17.3-20.1
2	19.4	19.0-19.7	18.0-20.7
3	19.8	19.4-20.1	18.4-21.1
4	20.0	19.8-20.3	18.7-21.4
5	20.3	20.0-20.5	19.9-21.6
6	20.4	20.2-20.7	19.1-21.8
7	20.5	20.3-20.8	19.3-21.9
8	20.7	20.5-20.9	19.4-22.0
9	20.8	20.6-21.1	19.5-22.2
10	20.9	20.7-21.2	19.6-22.3
11	21.0	20.8-21.3	19.7-22.4
12	21.1	20.9-21.3	19.8-22.4
18	21.5	21.3-21.8	20.2-22.8
24	21.8	21.5-22.1	20.5-23.1

Australia 2009, Europa 2003 2ª ed. Lin Ho 2004 Moore 2007, Yeung 2010

Anexo 4. Fotografía

Figura N° 1: Buftalmos en glaucoma congénito.



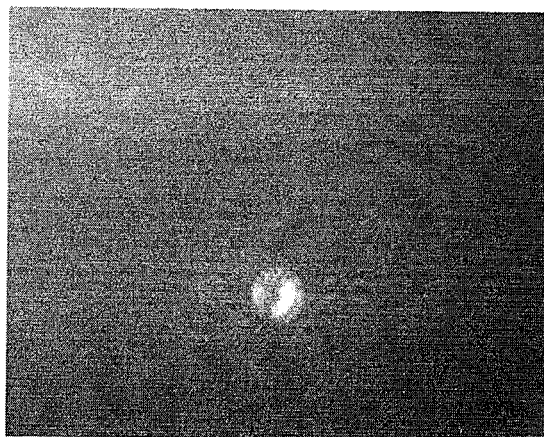
Fuente: Imágenes tomadas del Servicio de Oftalmología – INSN ¹

Figura N° 2: Buftalmos, edema y aumento de diámetro corneal en glaucoma congénito.



Fuente: Imágenes tomadas del Servicio de Oftalmología – INSN ¹

**Figura N° 3: Aumento de excavación papilar
en glaucoma congénito.**



Fuente: Imágenes tomadas del Servicio de Oftalmología – INS



PERÚ Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño



ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE GLAUCOMA: TRABECULECTOMIA

Yo,.....(Nombres y Apellidos del paciente).....(padre, madre o apoderado) de..... años de edad, con domicilio en....., con DNI N°.....

En mi calidad de responsable del pacientecon DNI N°..... y con Historia Clínica N°..... y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la ley N° 26842-Ley General de Salud:

DECLARO

QUE EL (LA) DOCTOR(A) me ha informado sobre el estado de salud del paciente mencionado, los riesgos reales y probables que se puedan presentar como consecuencia de la enfermedad, de forma clara y respetuosa; he comprendido que las molestias por las cuales he consultado son provocadas por la enfermedad que padece el paciente y cuyo diagnóstico es Glaucoma.

Se puede practicar el siguiente procedimiento quirúrgico para esta enfermedad: es la Cirugía de Glaucoma: Trabeculectomía, que en este caso particular es necesario /conveniente que se realice, al ser el único tratamiento viable, no habiendo otros procedimientos médicos que mejoren mi condición.

Además, se me ha explicado lo siguiente:

1. Que la enfermedad que padezco consiste en la elevación de la presión intraocular, neuropatía óptica y defectos del campo visual. De no operarse puede producir progresión de la enfermedad hasta llegar a la ceguera.
2. La intervención va a consistir en realizar una Trabeculectomía con mitomicina C.



3. Consecuencias: Molestias, complicaciones y fracasos: toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente lleva implícita una serie de complicaciones como: disminución de la agudeza visual, infección intraocular, hemorragias, prolapso del iris, edema de la córnea. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aparecer riesgos y complicaciones como.....

4. Alternativas: no existen otras.

5. Cuidados: me han explicado las precauciones y el tratamiento del paciente, he de seguir tras las indicaciones tras la intervención y que me comprometo a observar al paciente.

6. Anestesia: es local.

7. Transfusiones: no requiere

8. Anatomía patológica: no requiere

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico tratante que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, antes que el procedimiento objeto de este documento sea realizado y que la firma del presente documento no exime de responsabilidad al médico tratante. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto. Y en tales condiciones



ACEPTO

Que se realice una intervención de Cirugía de Glaucoma: Trabeculectomía

Que se puedan tomar fotografías o filmaciones de la operación y que posteriormente puedan ser vistas por personal en formación, sabiendo que su uso de limitar a docencia o investigación.

Lima.....de.....del 20.....

Hora: :

(Firma del paciente)

D.N.I.....

(Firma del familiar testigo)

D.N.I.....

DECLARACION DEL CIRUJANO RESPONSABLE: He informado a este paciente del Propósito y naturaleza de la operación descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

.....
Firma C. M. P. Nº.....

LUGAR Y FECHA:

Lima,..... de del 20.....

Hora: :



DENEGACIÓN O REVOCATORIA

Yo..... identificado con DNI N°.....Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias.

.....
Firma de la paciente

DNI.....

.....
Firma del familiar

DNI.....

Firma y Sello del Médico



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía de práctica clínica de glaucoma congénito. Departamento de Investigación, Docencia y Atención en cirugía pediátrica INSN. RD N° 390-INSN-DG-2012.
2. Catalogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-413-10. GPC. Diagnóstico y Tratamiento del Glaucoma Congénito Primario en los tres niveles de atención. 2016.
3. Fundación hospital infantil universitario de san José. Guía de manejo glaucoma congénito.. HOS-OFT-GU-1.
4. Vianney Cortés-González, Cristina Villanueva-Mendoza, Epidemiología del glaucoma congénito en la Asociación para Evitar la Ceguera en México, revisión de 5 años, Revista Mexicana de Oftalmología 2015, Vol. 89 (3): 150-153, ISSN 0187-4519.
5. American Academy of Ophthalmology 2015-2016. Pediatric Ophthalmology and Strabismus. BCSC..
6. Fang Ko, Papadopoulos M, Khaw P. Primary Congenital Glaucoma. 2015
7. Moore D, Tomkins O, Ben-Zion I. A Review of Primary Congenital Glaucoma in the Developing World. Survey of Ophthalmology. 58 (3) 2013.
8. Soltani, L., H. Ahammou, S. Baroudi, H. Essafi, I. Hajji, y A. Moutaouakil. «[Congenital glaucoma: Intraocular pressure and visual prognosis after trabeculectomy and functional rehabilitation for amblyopia]». Journal Francais D'ophtalmologie 42, n.º 1 (enero de 2019): 57-62.
9. El Sayed, Yasmine, Amanne Esmael, Nader Mettias, Zeinab El Sanabary, y Ghada Gawdat. «Factors Influencing the Outcome of Goniotomy and Trabeculotomy in Primary Congenital Glaucoma». The British Journal Of Ophthalmology, 7 de marzo de 2019.
10. Dietze, Jamie, y Shane J. Havens. «Glaucoma». En StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2019.
11. Thau, Avrey, Maureen Lloyd, Sharon Freedman, Allen Beck, Alana Grajewski, y Alex V. Levin. «New Classification System for Pediatric Glaucoma: Implications for



Clinical Care and a Research Registry». Current Opinion in Ophthalmology 29, N° 5 (septiembre de 2018): 385-94.

12. Senthil, Sirisha, Kiranmaye Turaga, Hasnat A. Mohammed, Rashmi Krishnamurthy, Swathi Badakere, Siddharth Dikshit, Nikhil Choudhari, Anil K. Mandal, y Chandra S. Garudadri. «Outcomes of Silicone Ahmed Glaucoma Valve Implantation in Refractory Pediatric Glaucoma». Journal of Glaucoma 27, N° 9 (septiembre de 2018): 769-75.
13. Li, Xiang-Ji, Richard Filek, Xiang-Ge He, Wei Wang, Hong Liu, Lian He, Yu-Rong Tang, y Lin Xie. «Risk Factors for Flat Anterior Chamber after Glaucoma Filtration Surgery». International Journal of Ophthalmology 11, N° 8 (2018): 1322-29.



Zimbra:**rjaramillo@insn.gob.pe****Fwd: GUIAS MODIFICADAS 26-05-2021- REENVIO**

De : Paola Cisneros Quispe <pcisnerosq@insn.gob.pe> jue., 01 de jul. de 2021 08:50
Asunto : Fwd: GUIAS MODIFICADAS 26-05-2021- REENVIO 2 ficheros adjuntos
Para : Raphael Francisco Jaramillo Samaniego
<rjaramillo@insn.gob.pe>

Estimado Dr. Jaramillo

Reciba un cordial saludo, en relación a las dos guías revisadas solo queda revisar el tema de forma del documento, sobre los espacios e interlineado de párrafos que se tiene que respetar en todo el documento. (ambas guías), al inicio de cada hoja como en el interlineado de cada párrafo.

Una vez subsanada esto, imprimirlo, el documento tiene que tener la aprobación de sus jefaturas correspondientes antes de enviarlo a la oficina de gestión de la calidad, para continuar con el tramite respectivo.

Gracias

Dra. Paola Cisneros
Oficina de Gestión de la Calidad

De: "Raphael Francisco Jaramillo Samaniego" <rjaramillo@insn.gob.pe>
Para: "Paola Cisneros Quispe" <pcisnerosq@insn.gob.pe>
Enviados: Miércoles, 30 de Junio 2021 8:16:28
Asunto: Fwd: GUIAS MODIFICADAS 26-05-2021- REENVIO

BUENOS DIAS
EL 26 DE MEYO DEL 2021, LE ENVIE LAS ULTIMAS CORRECCIONES DE LAS GUIAS DE DACRIOCISTOCELE Y GLAUCOMA CONGENITO , PARA SU REVISION Y POSIBLE APROBACION. AUN NO TENGO RESPUESTA
ATENTAMENTE
RAPHAEL JARAMILLO SAMANIEGO
MEDICO-OFTALMOLOGO
CMP 30506 RNE 13364

De: "Raphael Francisco Jaramillo Samaniego" <rjaramillo@insn.gob.pe>
Para: "Paola Cisneros Quispe" <pcisnerosq@insn.gob.pe>
Enviados: Miércoles, 26 de Mayo 2021 12:04:20
Asunto: Fwd: GUIAS MODIFICADAS 26-05-2021

BUENOS DIAS:
ADJUNTO GUIAS MODIFICADAS DE DACRIOCISTOCELE Y GLAUCOMA CONGENITO, PARA SU APROBACION.
ESPERO SU PRONTA RESPUESTA.