



Nº 278 -2023-DG-INSN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 14 de octubre del 2023

Visto, el expediente con Registro DG-16785-2023, que contiene el Memorando N°414-DEIDAECNA-INSN-2023 mediante el cual se adjunta la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI PAR - SOF", elaborada por el Servicio de Oftalmología.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se 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 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, contemplan dentro de las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad el de 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, mediante Memorando N°414-DEIDAECNA-INSN-2023, la Dirección de Cirugía remite a la Oficina de Gestión de la Calidad la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI PAR - SOF", elaborada por el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando N°535-2023-DG/INSN, de fecha 20 de setiembre de 2023, la Dirección General aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI PAR - SOF", elaborada por el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Salud del Niño; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

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

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI PAR - SOF", que consta de 17 páginas, elaborada por el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Salud del Niño.





Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI PAR - SOF", en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 18872 - R.N.E. 034554



JATM/REK
DISTRIBUCIÓN

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



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**GUÍA TÉCNICA PARA EL
DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE
ESTRABISMO PARALÍTICO VI
(SEXTO) PAR CRANEAL**

Servicio OFTALMOLOGÍA

Setiembre 2023



**GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO
PARALÍTICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL**

ÍNDICE

I. Finalidad	3
II. Objetivos	3
III. Ámbito de Aplicación	3
IV. Proceso o Procedimiento 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
6.4 Manejo Según Nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	8
6.5 Complicaciones	14
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia	14
VII. Flujograma	
VIII. Recomendaciones	
IX. Bibliografía	15



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

I. FINALIDAD

Definir y establecer un protocolo de servicio de atención médica para el rápido diagnóstico y tratamiento de la parálisis del VI Par Craneal.

II. OBJETIVO

General:

- Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento adecuado de Estrabismo Paralítico VI Par en el INSN

Específicos:

- Estandarizar los criterios de solicitud de exámenes auxiliares y tratamientos de primera línea en el paciente con Estrabismo Paralítico VI Par.
- Optimizar el empleo de recursos para el diagnóstico y tratamiento en el Paciente con Estrabismo Paralítico VI Par.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

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

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE

Estrabismo paralítico
Parálisis del nervio motor ocular externo [VI par]

CODIGO CIE-10

H49
H49.1

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

Desequilibrio de la musculatura ocular extrínseca causada por la paresia o parálisis del músculo recto lateral del ojo ⁽¹⁾.

5.2. ETIOLOGÍA

La etiología dependerá del momento de aparición y la edad, así como la localización topográfica de la lesión ⁽²⁾.

En cuanto al momento de aparición, las podemos dividir en congénitas y adquiridas.

a) Las congénitas

Son realmente excepcionales; algunos autores han comunicado casos benignos y no están asociados a trastornos neurológicos. Son formas transitorias en neonatos, que pueden estar causadas por elevación de la presión intracraneal, asociada al parto con fórceps o vacuo extracción. Por otra parte las parálisis congénitas aisladas persistentes son extremadamente raras. La mayoría de casos podrían corresponder a un síndrome de Duane o síndrome de Moebius ⁽³⁾.



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

b) Las adquiridas

Su etiología es mucho más variada, se considera que las causas más frecuentes son las idiopáticas, a pesar de los avances tecnológicos de los últimos años ⁽⁴⁾.

Las adquiridas son generalmente autolimitadas; las causas más comunes en niños son: traumatismos, hipertensión intracraneal, Pseudo Tumor Cerebri procesos inflamatorios o infecciosos (virales: Citomegalovirus, virus Influenza, virus de la Varicela y otras: abscesos, Síndrome de Gradenigo, meningitis, encefalitis, neuritis, sinusitis) y tumores intracraneales (Primarios: glioma del tronco encefálico, suele aparecer a los 6.5 años y puede producir parálisis unilateral o bilateral. Otros: astrocitoma, condrosarcoma, condrofaringioma, ependimoma, hamangioma, meningioma, meduloblastoma, pinealoma) (Secundarios: neuroblastoma, rhabdomyosarcoma. Representan en conjunto, el 20%.) ^(1,5).

En general, los traumatismos, procesos inflamatorios y tumores son más frecuentes en los niños. En contraposición, las enfermedades vasculares (Hipertensión arterial, arterioesclerosis, diabetes, leucemias) son mucho más frecuentes en el paciente adulto ⁽⁶⁾.

5.3. FISIOPATOLOGIA

Resulta de la alteración del sistema ejecutor del movimiento ocular, secundaria a la lesión de la central inervacional de la motilidad o de su conducción nerviosa, que da lugar a interrupción del impulso efector que, desde el generador, llega a la placa neuromuscular de los músculos extraoculares. También, puede ser debido a lesiones estructurales del propio músculo ^(7,8).

La consecuencia directa es la dificultad para poder realizar movimiento hacia el lugar donde ejerce su función el músculo paralizado por estar impedida la contracción de sus fibras. Entraña una alteración, que se traduce clínicamente en *patología estática* con desequilibrio ocular recíproco, y *patología cinética* con aumento del desequilibrio al efectuar el movimiento en el sentido en el que ejecuta su función el musculo paralizado (*asinergia binocular*) ^(1,9).

Representa el ejemplo clásico de desequilibrio motor incoordinado. ^(10,11)

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Se sabe que, en niños, la incidencia ajustada para la edad y el sexo de las parálisis oculomotoras son de 7,6 casos por 100.000, 33% de los cuales corresponden al sexto par craneal. ⁽⁴⁾

La parálisis del musculo Recto Lateral es la más frecuente de las parálisis adquiridas aisladas de la musculatura extrínseca. Puede ser unilateral (lo más frecuente) o bilateral. Las formas congénitas son excepcionales. La forma congénita es muy rara (haremos el diagnóstico diferencial con la esotropía congénita y el síndrome de Duane tipo I y síndrome de Moebius). Trauma al nacer se ha reportado como la mayor causa de este desorden. También se ha reportado hipoplasia del núcleo motor del Abducen, pero son



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

muy pocas. A la vez se han descritos casos en que el musculo Recto Lateral está ausente o hipoplásico. Pero en medidas generales es muy rara ⁽¹²⁾.

Las adquiridas son más frecuentes y generalmente autolimitadas ^(4,13).

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente

Antecedentes personales de traumatismos, tumores intracraneales, infecciones y diabetes ⁽¹⁴⁾.

5.5.2. Estilos de Vida

No se ha relacionado el estilo de vida con la aparición de estrabismo paralítico en niños ⁽¹⁵⁾.

5.5.3. Factores Hereditarios

Antecedentes familiares de estrabismo e hipertensión arterial ^(16,17,18).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO:

6.1.1. Signos y síntomas

Los casos congénitos aislados son asintomáticos (al ser frecuente la supresión) en su mayoría, algunos presentan torticolis con la mirada ladeada contralateral a la parálisis ⁽¹⁵⁾.

En los adquiridos, al principio los niños refieren diplopía horizontal (que aumenta al dirigir la mirada hacia el lado afecto) que evitan con el cierre de un ojo (guiño); generalmente es transitoria (debido a la supresión) ⁽⁴⁾.

Si la desviación no es muy acentuada, el niño puede adoptar un torticolis horizontal característico con la cabeza o la cara girada hacia el lado del ojo afectado (hacia el campo de acción del músculo parético, provocando un desplazamiento de la mirada en sentido opuesto). A veces existen otros síntomas asociados (cefaleas, mareos, náuseas con o sin vómitos), que pueden deberse a las molestias derivadas de la diplopía o sugerir la presencia de otros cuadros ⁽⁸⁾.

Típicamente, el niño presenta una esotropía incommitante en la posición primaria de la mirada (inferior a 15-20°), que aumenta en el campo de acción del musculo recto lateral afecto y disminuye (o desaparece) al mirar en sentido contrario. La desviación es mayor cuando fija el ojo afectado (Desviación secundaria) y al fijar de lejos ⁽¹⁾.

En las parálisis existe una importante limitación de la abducción (a veces el ojo no es capaz de llegar a línea media), que no se realiza ni



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

con maniobras de provocación, y existe nistagmus en su intento. Cuando no se trata adecuada y precozmente, se produce un aumento gradual de la esotropía (al desarrollarse la contractura del recto medio ipsilateral) ⁽⁴⁾.

En las piasias, existe una ligera limitación de la abducción con aparición de nistagmus desde que el ojo sale de la posición primaria de la mirada. En algunos casos, con el tiempo, mejora la función muscular y son los secundarismos (contractura del Recto Medio del ojo paralizado) los responsables de que persista una esotropía comitante o casi comitante (no encontrando diferencias en las distintas posiciones de la mirada) ⁽¹⁰⁾.

Debe ser claramente diferenciado del estrabismo concomitante donde el ángulo de desviación es el mismo en todas las posiciones de la mirada, con el parálítico, en el cual el ángulo de desviación cambia en las distintas posiciones, puede ser un signo de una patología general ⁽²⁾.

Es importante distinguirlos de los estrabismos no parálíticos, porque, en general, una parálisis o piasia adquirida en el niño significa enfermedad sistémica o neurológica grave ⁽⁷⁾.

Se caracterizan clínicamente por presentar: mayor desviación cuando fija el ojo afectado (desviación secundaria) que cuando fija el ojo sano (desviación primaria), mayor desviación cuando se dirige la mirada hacia el campo de acción del músculo afecto y alteración, en mayor o menor grado, de las ducciones ⁽²⁾.

Las parálisis del VI Par adquiridas se presentan invariablemente con esotropía, mientras que en casos congénitos (Moebius y Duane bilateral) los ojos pueden estar derechos en la posición primaria de la mirada o en la mirada hacia arriba o hacia abajo ⁽⁸⁾.

6.1.2. Interacción Cronológica

Con el tiempo, aparecen secundarismos (hipofunciones, hiperfunciones y contracturas musculares), responsables de la tendencia a la comitancia ⁽¹⁶⁾.



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALÍTICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios Diagnósticos

- 1) Desviación convergente ⁽¹⁸⁾.
- 2) Diplopía horizontal sobre todo en visión lejana, en las parálisis adquiridas ¹⁵.
- 3) Estrabismo Incomitante que aumenta con mayor desviación cuando se dirige la mirada hacia el campo de acción del músculo afecto y alteración, en mayor o menor grado, de las ducciones ⁽⁹⁾.
- 4) mayor desviación cuando fija el ojo afectado (desviación secundaria) que cuando fija el ojo sano (desviación primaria) ⁽⁷⁾.

6.2.2. Diagnóstico Diferencial ⁽⁴⁾

- Esotropia Congénita
- Síndrome de Duane tipo 1
- Síndrome de Moebius ⁽⁶⁾

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

Se debe realizar biopsia en la medida de lo posible de la lesión tumoral causante de la Parálisis, si hubiere ⁽⁵⁾.

6.3.2. Imagenología

- 1) Tomografía computarizada con contraste (especialmente para valorar la órbita) y/o Resonancia magnética con contraste con gadolinio y tridimensional, si se requiere (si hay alta sospecha de tumor) ⁽²⁾.
- 2) Radiografía panorámica de piezas dentarias o tomografía computarizada de senos paranasales (si se sospecha de infección sinusal o peridentaria) ⁽²⁾.

6.3.3. Exámenes especializados complementarios

- Exámen ocular general ⁽¹⁶⁾

- 1) Agudeza Visual
- 2) Fusión y estereopsis
- 3) Cover test
- 4) Posiciones diagnósticas de la mirada
- 5) Test de ducciones forzadas y pasivas
- 6) Test de estudio de la vergencias
- 7) Test de Hirschberg
- 8) Test de Krimsky

- Otros

- 1) I/C a neurología pediátrica ⁽¹⁸⁾.
- 2) Eelectromiografía.
- 3) Punción lumbar (si no se haya la causa y no resuelve la parálisis adquirida en más de 6 meses, si la esotropía empeora o si



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

aparecen síntomas nuevos de localización), se debe repetir la tomografía y esta indicado la punción lumbar ⁸.

- 4) Hemograma
- 5) Proteína C reactiva ⁽¹⁵⁾

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Los pacientes pueden llegar referidos de centros de atención de menor nivel o llegan a recibir atención para diagnóstico primario (sin referencias) ⁽²⁾.

Para el manejo de esta patología se requiere un equipo interdisciplinario formado por pediatra, neurólogo pediatra y oftalmólogo pediátrico ⁽³⁾.

En toda parálisis adquirida, el tratamiento debe iniciarse realizando una interconsulta al neurólogo pediatra para hacer el diagnóstico etiológico y tratar la causa (si procede). Como pueden evolucionar a la curación espontánea o incluso agravarse con el tiempo, el tratamiento quirúrgico está indicado sólo en niños con cuadros clínicos estables, sin posibilidad de recuperación de la función muscular y después de 6 meses de la parálisis ⁽⁵⁾.

Se realizaran seguimientos de control mensual por 6 meses si hay historia de trauma, punción lumbar previa, Diabetes o Hipertensión. Si la historia del paciente es negativo para las condiciones anteriores se recomienda pruebas sanguíneas de: glucosa en ayunas, hemograma completo, radio de sedimentación, titulo de anticuerpo antinuclear ⁽⁹⁾.

6.4.1. Medidas Generales y Preventivas

Es importante mencionar que en el caso de las desviaciones secundarias y en las parálisis oculomotoras el tratamiento de la causa que ocasionó la mala visión o la parálisis tiene prioridad y la corrección quirúrgica de la desviación se indica cuando se haya solucionado el problema de base o la aplicación de toxina botulínica en el periodo de espera ⁽⁶⁾.

En cuanto a la diplopía se recomienda ocluir uno de los ojos para evitarla ⁽⁹⁾.

6.4.2. Terapéutica

- 1) En las parálisis adquiridas agudas el tratamiento de elección es la inyección de toxina botulínica en el RM del ojo afecto. Produce una parálisis temporal, que puede permitir la fusión en PPM y reduce el riesgo de aparición de la contractura secundaria de dicho músculo. Las parálisis crónicas suelen precisar cirugía ⁽⁷⁾.
- 2) Prismas de Fresnell.
- 3) Prismas
- 4) Oclusión
- 5) Tratamiento de la enfermedad de base.
- 6) Cirugía:

a. Manejo pre operatorio

- i. Se debe esperar seis meses para realizar la cirugía.

b. Manejo operatorio ⁽²⁴⁾



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

- i. Amplio retroceso del recto medio. Según medida con prismas en la posición primaria de la mirada.
 - ii. Amplia resección del recto lateral.
 - iii. Técnicas de Hummelsheim o Jensen (especialmente en las parálisis totales).
- c. **Manejo postoperatorio**
- Puede necesitarse más de un acto quirúrgico.
 - Controles postquirúrgicos, al 1er día, a los 7 días, a los 15 días, al mes y hasta los seis meses o hasta su recuperación o cirugía ⁽⁷⁾.

Si a los seis meses no hay recuperación (excepto los traumáticos) reestudiar al paciente neurológicamente ⁽⁶⁾.

6.4.3. Efectos adversos y/o colaterales con el tratamiento

Los efectos adversos y/o colaterales van a depender de la patología de base y el tratamiento de ésta ⁽³⁾.

6.4.4. Signos de alarma

- Agravamiento de la esotropía.
- Que aparezcan otros signos de patología neurológica o focal.
- Que no mejore en 6 meses (adquiridas) ⁽⁹⁾

6.4.5. Criterios de Alta

Desaparición de síntomas y signos ⁽⁵⁾.

6.4.6. Pronóstico

La parálisis ocular puede ser tratada inicialmente con oclusión, luego con prismas, y finalmente con cirugía. En ocasiones después de la cirugía se puede requerir tratamiento óptico con prismas. Puede necesitar más de una cirugía ⁽²⁴⁾.

6.5. COMPLICACIONES

- Falta de visión binocular.
- Diplopía
- Complicaciones propias de la neuropatía de fondo si la hubiera ⁽¹⁸⁾.
- Complicaciones propias de la cirugía correctora ⁽⁵⁾
 - Dellen
 - Malposiciones de la carúncula o de los párpados postoperatorias
 - Quemosis y hemorragias
 - Prolapso de la Capsula de Tenon
 - Isquemia del segmento anterior
 - Perforación escleral
 - Celulitis preseptal, orbitaria, endoftalmitis
 - Rotura muscular, músculo perdido o músculo deslizado
 - Síndrome de adherencia grasa
 - Cambios refractivos (más comúnmente Astigmatismo)
 - Diplopía



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente pediátrico con diagnóstico de ESTRABISMO PARALITICO VI PAR CRANEAL debe ser referido al INSN o a otro instituto III-2.

Los criterios de referencia son:

Estrabismo

Tortícolis

Diplopia

Paciente que tenga indicación quirúrgica y no cuente con anestesiología en niños, debe ser referido al Insn.

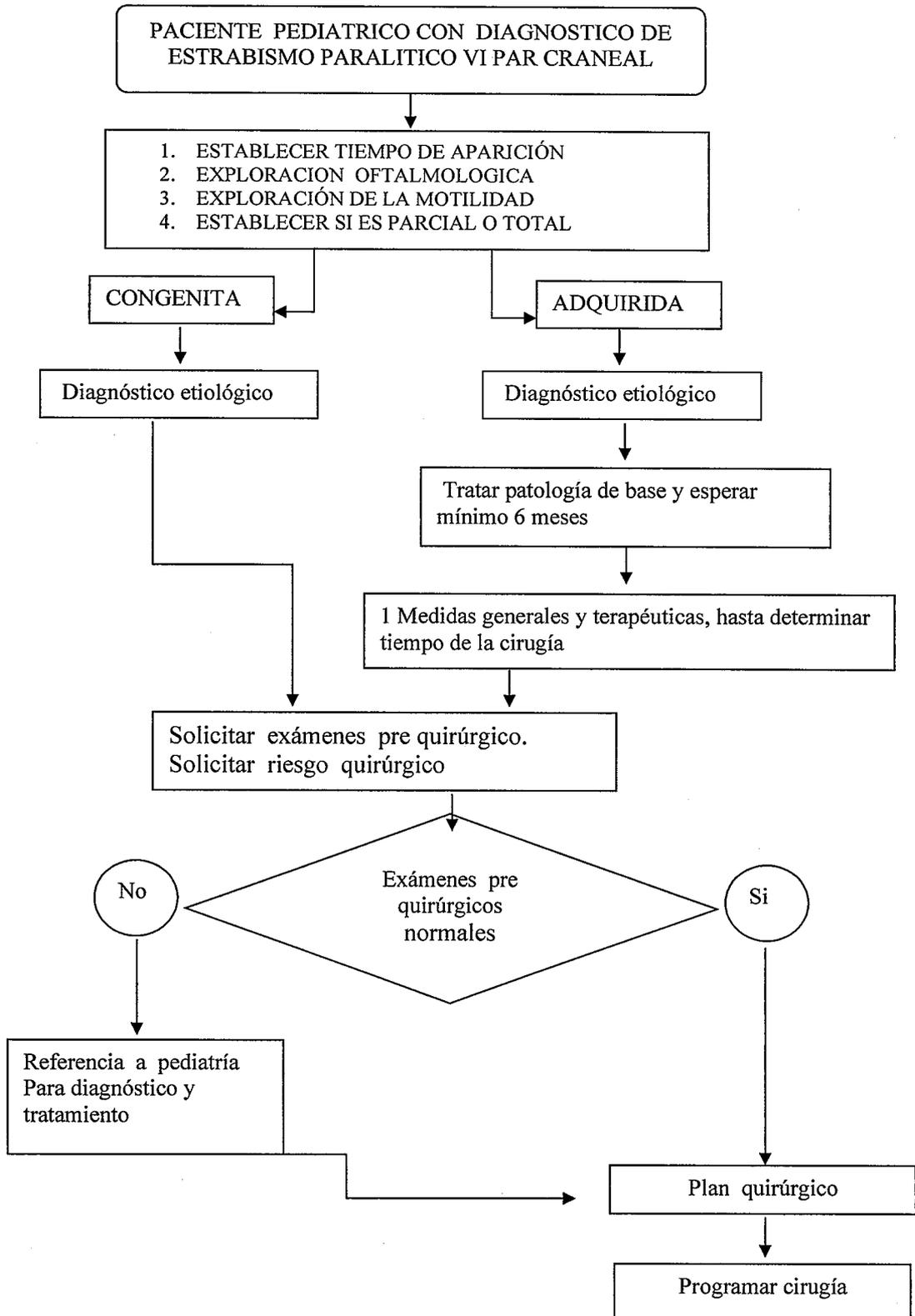
CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA

Cuando el estrabismo paralítico haya sido tratado médica y/o quirúrgicamente a satisfacción de los médicos y del paciente, habiendo resuelto las posibles complicaciones si las hubo y con buena evolución post-quirúrgica ,éste será contrarreferido a su establecimiento de salud de origen. ⁽¹⁵⁾.



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

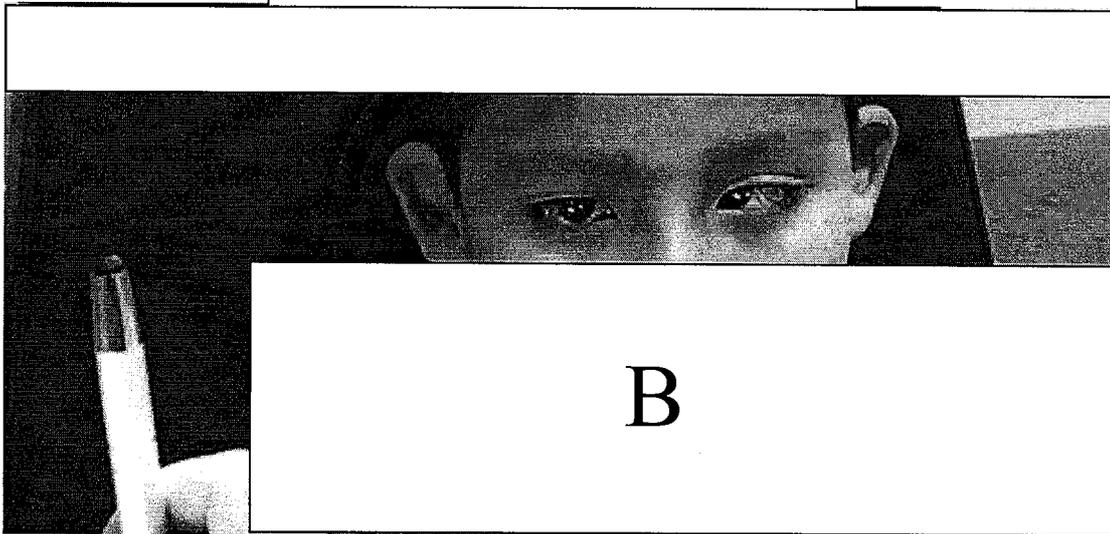
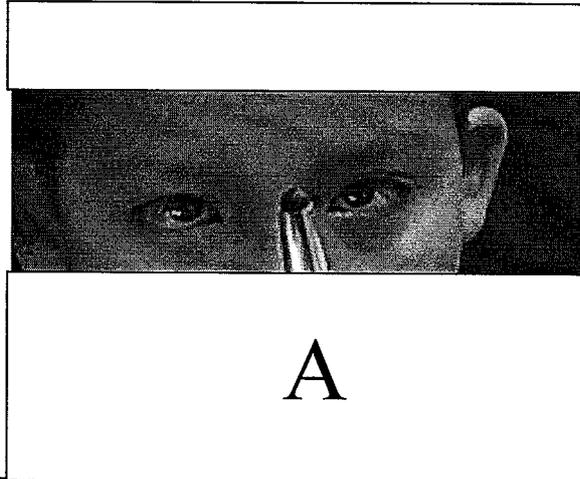
6.7 FLUXOGRAMA DE ESTRABISMO PARALITICO



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO
PARALÍTICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

VII. ANEXOS

ANEXO 1: A) Se observa la esotropía derecha con B) limitación a la abducción de su ojo derecho. (Se cuenta con permiso de los padres para toma de fotografía)



l Servicio de Oftalmología – INSN



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO
PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE....

Señor(a) _____

buenos días (tardes, noches); respecto a lo Ud. debe saber es que, **(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención y descripción de éste en términos sencillos)**

Los **riesgos reales y potenciales** asociados al procedimiento, más frecuentes son:

-
-
-
-

Menos frecuentes:

-
-
-
-

Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar:

-
-
-
-

Pronóstico y recomendaciones:

-
-
-
-



GUÍA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTRABISMO
PARALITICO VI (SEXTO) PAR CRANEAL

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha y Hora: ____/____/____ : ____

Yo, _____ padre,
madre y/o tutor del menor _____ con
Historia Clínica: _____ he sido informado por el (**Profesional Sanitario:
Médico Cirujano, Cirujano Dentista, etc.**) que mi menor hijo requiere (**Nombre de la
intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención**) En la
opinión del (**Profesional Sanitario: Médico Cirujano, Cirujano Dentista, etc.**), es la mejor
opción actual en mi caso. El (**Profesional Sanitario: Médico Cirujano, Cirujano Dentista,
etc.**) ha respondido a todas las dudas y preguntas que he realizado.

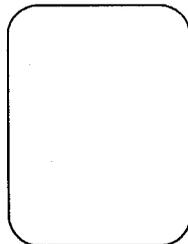
Por lo tanto, en forma libre, consciente y voluntaria; SI (), NO () DOY MI
CONSENTIMIENTO para el procedimiento de (**Nombre de la intervención quirúrgica o
procedimiento a realizar o modalidad de atención**).

Así mismo, se me ha explicado que pueda ser necesario el uso de videgrabaciones, por lo
tanto (**Opcional**):

(Marcar con una "x" en cada ítem que se consiente o no)

SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Fotografía ()

NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Fotografía ()



Firma y/o huella digital del padre o responsable legal del
paciente

Nº DNI _____

Firma y sello del **Personal Asistencial** que
realiza el procedimiento.

DNI _____

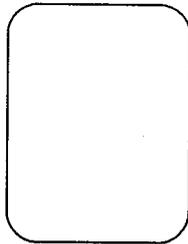
Nº de Colegiatura: _____



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha y Hora: ____/____/____ : ____

Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado y, por ello **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento descrito anteriormente y, habiendo entendido las implicancias que ello conlleve, asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.



Firma y/o huella digital del padre o responsable legal del paciente

N° DNI _____

*Firma y sello del **Personal Asistencial** que realiza el procedimiento.*

DNI _____

N° de Colegiatura: _____



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dr. Hugo D. Nano, Normas de Diagnóstico y Terapéutica de enfermedades oculares, segunda edición, 1999.
2. Arroyo-Yllanes, M.e.: Clasificación etiopatogénica del estrabismo. Rev Mex Oftalmol 1987; 61 (2):59-62.
3. Horta- Barbosa, P.: Endotropias. En: Estrabismo. Horta-Barbosa, P. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1997; 113-177.
4. Murillo-Murillo; L.: Endotropia congénita no acomodativa. En: Temas Selectos de Estrabismo. México, DF: Centro Mexicano de Estrabismo 1993; 31-38.
5. Prieto-Díaz, J.: Souza-Dias, C.: Estrabismo. Sao Paulo: Roca 1985; 159-208.
6. Melek, N.: Exotropia: Semiología con objetivos quirúrgicos. En: Estrabismo. Horta-Barbosa, P. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1997; 124-27.
7. Villaseñor-Scwarz, J.H.: Criterio Terapéutico en la exoforia-tropia. En: Temas selectos de Estrabismo. México, DF: Centro Mexicano de Estrabismo 1993; 69-74.
8. Von-Noorden, G.K.: Burian-Von Noorden's Binocular Vision and Ocular Motility. St. Louis: Mosby 1985; 304-318.
9. Garcia-Valdespino, E.J; Campomanes-Eguiarte, G.A.; Romero-Apis, D.; Acosta-Silva, M.: Observaciones clínicas en los estrabismos secundarios. Rev Mex Oftalmol 1996; 70(6): 230-33.
10. Arroyo-Yllanes, M.E.; Del Angel, M.T.; Martínez-Espino, A.: Estrabismos secundarios y su relación con la refracción del ojo fijador. Rev Mex Oftalmol 1996; 70 (6): 250-53.
11. Horta-Barbosa, P.: Parálisis del VI nervio. En: Estrabismo. Horta- Barbosa. P. Rio de Janeiro: Cultura Médica 1997; 163-168.
12. Horta-Barbosa, P.: Parálisis del III nervio. En Estrabismo. Hosta-Barbosa. P. Rio de Janeiro: Cultura Médica 1997; 141-147.
13. Prieto_Díaz, J.; Souza-Dias, C.: Estrabismo Sao Paulo: Roca 1985;291-338.
14. Arroyo-Yllanes, M.E.; Benitez-Nava, M.A.; Garrido, E.: Ophthalmological Changes in patients with Cerebral Palsy. 1998, Am Orthop J 48:104-111.
15. Holmes JM, Mutyala S, Maus TL, et al. Pediatric third, fourth, and six nerve palsies: a population-based study. Am J Ophthalmol 1999; 127(4):388-92.
16. Alfie J, Pastrana S, Massaro M. Parálisis de motor ocular externo en pediatría. Arch Argent Pediatr 2000; 98(2):120-124.
17. Liao W, Chu G, Hutnik CM. Herpes zoster ophthalmicus and sixth nerve palsy in a pediatric patient.Can J Ophthalmol 2007; 42(1):152-3.



18. Greco F, Garozzo R, Sorge G. Isolated abducens nerve palsy complicating cytomegalovirus infection. *Pediatr Neurol* 2006; 35(3):229-30.
19. Calisaneller T, Ozdemir O, Altinors N. Posttraumatic acute bilateral abducens nerve palsy in a child. *Childs Nerv Syst* 2006; 22(7):726-8.
20. Hollis GJ. Sixth cranial nerve palsy following closed head injury in a child. *J Accid Emerg Med* 1997; 14(3):172-5.
21. Lee MS, Galetta SL, Volpe NJ, Liu GT. Sixth nerve palsies in children. *Pediatr Neurol* 1999;20(1):49-52.
22. Afifi AK, Bell WE, Menezes AH. Etiology of lateral rectus palsy in infancy and childhood. *J Child Neurol*1992; 7(3):295-9.
23. Cohen HA, Nussinovitch M, Ashkenazi A, et al. Benign abducens nerve palsy of childhood. *Pediatr Neurol* 1993; 9(5):394-5.
24. Paul Mitchell, Marshal M. Parks. *Duane's Clinical Ophthalmology*. Chapter 19. Cranial nerve palsies.
25. Park, Kyung-Ah, Sei Yeul Oh, Ju-Hong Min, Byoung Joon Kim, y Yikyung Kim. «Acquired Onset of Third, Fourth, and Sixth Cranial Nerve Palsies in Children and Adolescents». *Eye* (London, England), 13 de febrero de 2019.
26. Rowe, Fiona J., y Carmel P. Noonan. «Botulinum Toxin for the Treatment of Strabismus». *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (02 de 2017): CD006499.
27. Nanda, Kaajal D., Eve Lacey, Alki Liasis, y Ken K. Nischal. «Early Onset Sixth-Nerve Palsy with Eccentric Fixation». *The American Orthoptic Journal* 67, n.º 1 (enero de 2017): 72-79.
28. Park, Daniel B., Nicolas Galan, y Benjamin F. Jackson. «Extraocular Cranial Nerve Palsies in Children». *Pediatric Emergency Care* 31, n.º 5 (mayo de 2015): 360-62.

