

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SOBRE LAS VÍAS LAGRIMALES**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

Existen diversas actuaciones sobre las vías lagrimales que en función de la técnica quirúrgica a emplear se llaman:

**1. Dacriocistorrinostomía:**

Es la unión del saco lagrimal con la mucosa nasal a través de una osteotomía (agujero) en los huesos de la nariz para formar una nueva vía de eliminación de la lágrima, y de esta forma evitar el lagrimeo que se padece. El porcentaje de éxitos oscila alrededor de un 90% También se me ha explicado que en ausencia del saco lagrimal (por intervención previa) se puede realizar esta técnica con resultados menos satisfactorios.

**2. Dacriocistorrinostomía endonasal:**

Consiste en abrir un agujero desde la cavidad nasal para comunicar con el saco lagrimal obstruido y así permitir el paso de la lágrima. De esta forma se evita la cicatriz de la piel, pero esta técnica tiene unos resultados ligeramente inferiores a los realizados a través de la piel.

**3. Dacriocistectomía:**

Es la extirpación del saco lagrimal para evitar la secreción infecciosa de puntos lagrimales o infección aguda o bien como profilaxis en una cirugía de polo anterior, aunque conlleva dejar una epífora o lagrimeo más o menos intenso.

**4. Intubación bicanalicular en estrechamientos o estenosis:**

En el caso de lagrimeo por estrechamiento de las vías lagrimales, está indicado la intubación con tubos de silicona y mantenerlos durante 6 meses aproximadamente. El porcentaje de éxito es muy variable según cada autor. Nosotros lo calibramos en un 75% aproximadamente. Se puede repetir la intubación si después de quitados los tubos el lagrimeo vuelve a aparecer.

**5. Sondaje de vías lagrimales del Rn (Recién nacido):**

Dado que el Rn presenta un lagrimeo más o menos continuado y con frecuencia conjuntivitis de repetición, se aconseja esta maniobra quirúrgica que consiste en pasar una sonda a través

de las vías lagrimales hasta el meato inferior (en la nariz) con el fin de permeabilizar estos conductos. Normalmente es suficiente con una sola maniobra, pero a veces hay que repetirla más de una vez, siempre y cuando la obstrucción no sea por atresia de la parte de las vías lagrimales o la obstrucción sea de causa ósea. El sondaje se recomienda realizarlo antes del año de vida.

#### 6. Reconstrucción de vías lagrimales:

Se intentará realizar una reconstrucción de las vías lagrimales afectadas por una lesión o trauma, con el mejor resultado anatómico y funcional que sea posible.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Persistencia de lagrimeo
- Hemorragia severa
- Infecciones graves
- Formación de una cicatriz antiestética

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

#### CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

Marque con una X:

1. Dacriocistorrinostomía
2. Dacriocistorrinostomía endonasal
3. Dacriocistectomía
4. Intubación bicanalicular en estrechamientos o estenosis
5. Sondaje de vías lagrimales
6. Reconstrucción de vías lagrimales


Ojo derecho

Ojo Izquierdo

#### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**  
**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO \_\_\_\_\_ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre las **Intervenciones Quirúrgicas Sobre las Vías Lagrimales** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SOBRE LAS VÍAS LAGRIMALES,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)