

**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.

CONSENTO 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: | FECHA: ____/____/____ | HORA: |
| 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)