



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Dacriocestectomía

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Dacriocestectomía**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Dacriocestectomía

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de  
**DACRIOCESTECTOMÍA**

Lado del Ojo:.....

## **INFORMACIÓN GENERAL**

La obstrucción crónica de las vías lagrimales es un impedimento al drenaje normal que sufre la lágrima, viéndose ésta obligada a gotear y caer por el párpado. También el saco lagrimal así obstruido puede sufrir infecciones crónicas que, en ocasiones, pueden llevar a la formación de un absceso con aparición de una fístula a través de la piel que cubre el saco lagrimal. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el cirujano. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia.

### **En qué consiste la Dacriocestectomía**

Esta intervención consiste en la extirpación del saco lagrimal para evitar la secreción infecciosa de los puntos lagrimales, una infección aguda del mismo o bien hacer una profilaxis antes de realizar una intervención de polo anterior. Conlleva el dejar lagrimeo más o menos intenso.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### **Riesgos de Dacriocestectomía**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad)

### **Y los específicos del procedimiento.**

- Persistencia del lagrimeo.
- Hemorragias severas. Infecciones graves.
- Formación de una cicatriz antiestética.
- Estas tres últimas complicaciones se presentan en un porcentaje muy bajo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

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

Que otras alternativas hay

Otras formas paliativas de tratamiento abarcan el masaje diario en el lado de la nariz donde se encuentra el saco lagrimal para evitar la infección y formación de un absceso y el tratamiento con antibióticos sistémicos cada vez que se infecte el saco.

En todo caso hay que considerar que si el paciente no se opera, las infecciones del saco lagrimal serán cada vez más frecuentes e intensas, pudiendo poner en riesgo la vida.

El tratamiento definitivo consiste en realizar una Dacriocistorrinostomía.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**DACRIOCESTECTOMÍA**

Lado del Ojo:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).