



Intervenciones Quirúrgicas Sobre
Las Vías Lagrimales

Intervenciones Quirúrgicas Sobre Las Vías Lagrimales

Intervenciones Quirúrgicas Sobre Las Vías Lagrimales

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:

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

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN

Se me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y los propósitos de la intervención, de sus posibles riesgos y complicaciones y de las posibles alternativas de tratamiento. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la operación sea el más satisfactorio.

El objetivo del presente documento es el de informarle detalladamente del procedimiento quirúrgico al que va a ser sometido para que pueda valorar con pleno conocimiento tanto los beneficios que de él pueden obtenerse así como sus riesgos y posibles complicaciones.

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Riesgos y complicaciones

Hablaremos de Dacriocistorrinostomía y sus variantes: básicamente puede ocurrir:

Persistencia de lagrimeo

Hemorragia severa

Infecciones graves

Formación de una cicatriz antiestética.

Además se me ha informado de los riesgos típicos más importantes, aunque muy raros y poco frecuentes, derivados de la anestesia local, regional o general, pudiendo ocurrir un problema cardiorrespiratorio de variable intensidad, eventualmente grave o fatal, que puede precisar de posteriores cuidados. En mi caso, la anestesia más indicada para la intervención quirúrgica a la que

Voy ser sometido es:

.....

De igual forma en mi caso la técnica quirúrgica más indicada es:

.....

Si durante el curso de la intervención y por causas imprescindibles en ese momento, se considera necesario o conveniente modificar la intervención o anestesia inicialmente planificada, expresamente autorizo que así se realice sin necesidad de sacarme del estado anestésico en que pudiera encontrarme.

El paciente o persona que autorizan en caso de ser menor de edad o cuando el paciente esté física o mentalmente incompetente o incapacitado:

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:

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

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).