



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Reparación Quirúrgica De  
Herida Palpebral Con O Sin  
Compromiso De La Vía Lagrimal.

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Reparación Quirúrgica De Herida Palpebral Con O Sin Compromiso De La Vía Lagrimal.**

**Consentimiento Informado Para Cirugía De Reparación Quirúrgica De Herida Palpebral Con O Sin Compromiso De La Vía Lagrimal.**

---

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 **REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERIDA PALPEBRAL**

Párpado superior

Párpado Inferior

Del Ojo.....

### **INFORMACIÓN GENERAL**

Una herida del párpado superior y/o inferior generalmente ocurre secundaria a un traumatismo. Esta puede comprometer el borde del párpado, así como también estar asociada a compromiso de la vía lagrimal correspondiente. La cirugía consiste en la exploración de la vía lagrimal superior e inferior y reparación de la misma en el caso de que se encuentre afectada.

La vía lagrimal conduce la lágrima, que continuamente se está produciendo para lubricar el ojo, hasta las fosas nasales. Si existe una interrupción de la vía lagrimal, esa lágrima no pasa a las fosas nasales, sino que se derrama al exterior (Epifora).

### **EN QUE CONSISTE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERIDA PALPEBRAL**

Para reparar la vía lagrimal es necesario intubar ésta con una sonda de silicona monocanalicular o bicanalicular. La sonda de silicona debe permanecer en la vía lagrimal entre 3 a 6 meses después de la cirugía. La reparación del borde del párpado y de la piel afectada se realiza suturando la herida desde el borde libre por planos. Estas cirugías se realizan con anestesia general si existe compromiso de la vía lagrimal o en niños y con anestesia local con o sin sedación en el caso de que no esté comprometida la vía lagrimal. El porcentaje de éxito es de aproximadamente un 75%. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el cirujano. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia.

### **RIESGOS DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERIDA PALPEBRAL**

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, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, y los específicos del procedimiento

- Formación de una cicatriz antiestética
- Edema o hematoma palpebral postoperatorio (suele durar entre 15-20 días, sin tratamiento).
- Ligera retracción palpebral inferior (párpado un poco más abierto) o francamente
- Ectropión (retracción del párpado afectado) lo que puede requerir una o varias cirugías posteriores.
- Asimetrías palpebrales las cuales pueden requerir una o varias cirugías posteriores.
- Lagrimeo persistente en distinto grado aproximadamente en un 15%
- Hemorragia severa
- Infecciones graves

Estas dos últimas complicaciones se presentan en un porcentaje muy bajo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos), pero pueden llegar a requerir una reintervención, 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.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de esta Clínica están disponibles para intentar solucionarla.

**QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY.**

Si el paciente no se opera, la herida cicatrizará por evolución natural, lo que puede producir cicatrices antiestéticas, y/o mal funcionamiento del párpado afectado, además de lagrimeo permanente, infecciones de la piel, infecciones de la vía lagrimal que pueden poner en riesgo la vida.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

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:  
**REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERIDA PALPEBRAL**

Párpado superior

Párpado Inferior

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).