



Consentimiento Informado  
Sondaje De Vías Lagrimales  
(niño menor de un año)

## **Consentimiento Informado Para Sondaje De Vías Lagrimales**

**Consentimiento Informado Para Sondaje De Vías Lagrimales**  
**(Niño Menor De Un Año)**

---

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**DECLARO:**

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

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico para:

**SONDAJE DE VÍAS LAGRIMALES** (niño menor de un año)

OJO           Derecho     
                  Izquierdo

## INFORMACIÓN

La vía lagrimal conduce a la lágrima, que continuamente se está produciendo para lubricar el ojo, hasta la cavidad nasal. Si existe un estrechamiento o una obstrucción, esa lágrima no pasa a las fosas nasales, sino que se derrama al exterior (lagrimeo).

El tipo de anestesia requerida será la recomendada por el médico tratante. (Anestesia general). También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. El sondaje se recomienda realizarlo antes del año de vida., y como máximo a los 18 meses.

### **En qué consiste el sondaje de Vías Lagrimales en el niño menor de un año**

Cuando el niño presenta lagrimeo más o menos continuo y con frecuencia conjuntivitis a repetición, se aconseja este procedimiento quirúrgico que consiste en pasar una sonda a través de las vías lagrimales hasta el orificio de salida (en la nariz) con el fin de permeabilizar estos conductos.

Es un procedimiento en primer lugar diagnóstico, como también terapéutico.

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 ausencia de parte de las vías lagrimales o la obstrucción sea de causa ósea.

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.

### **Riesgos del sondaje de Vías Lagrimales en el recién nacido**

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 condición clínica del niño., que incluso le puede provocar la muerte.

- Persistencia del lagrimeo y conjuntivitis recurrente en aproximadamente un 5%.
- Hemorragia severa.
- Infecciones graves.

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

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

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

Y en tales condiciones.

#### CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO** que se le realice el tratamiento quirúrgico para:

**SONDAJE DE VÍAS LAGRIMALES (niño menor de un año)**

OJO            Derecho      
                  Izquierdo  

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(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).