



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Intubación Lagrimal  
Bicanalicular

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Intubación Lagrimal Bicanalicular**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Intubación Lagrimal Bicanalicular

---

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  
**INTUBACIÓN LAGRIMAL BICANALICULAR**

## **INFORMACIÓN GENERAL**

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

### **En qué consiste la intubación de la vía lagrimal Bicanalicular**

En caso de lagrimeo con ligera estenosis de las vías lagrimales está indicada la intubación de las mismas con tubos de silicona y mantenidos durante unos 6 meses aproximadamente.

El porcentaje de éxito es de aproximadamente un 75%. Se puede repetir la intubación si después de quitados los tubos el lagrimeo vuelve a aparecer.

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 de la intubación de la vía lagrimal Bicanalicular**

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.

- Persistencia del lagrimeo aproximadamente en un 5%. Hemorragia severa.
- 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 (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.

Si el paciente no se opera, las infecciones de la vía lagrimal serán cada vez más frecuentes e intensas, pudiendo 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:  
**INTUBACIÓN LAGRIMAL BICANALICULAR**

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).