

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SONDAJE Y/O INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES¹



D./Dña.: de años de edad
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en y D.N.I.nº
en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento mediante SONDAJE Y/O INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES.

1.- Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de lagrimeo y/o secreción conjuntival causado por obstrucción o estrechamiento de la vía lagrimal que impide el paso normal de la lágrima hacia la nariz así como la infección del saco lagrimal.

2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación, o general.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES

SONDAJE DE LA VÍA LAGRIMAL: maniobra quirúrgica que consiste en pasar una sonda a través de las vías lagrimales hasta la nariz, con la finalidad de permeabilizar estos conductos.

INTUBACIÓN DE LAS VÍAS LAGRIMALES: consiste en colocar a través de las vías lagrimales unos tubos de plástico y mantenerlos un periodo de tiempo de meses (6-12 meses).

4.- RIESGOS/ COMPLICACIONES Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: persistencia del lagrimeo, infecciones y secreción conjuntival, dacriocistitis, hemorragias nasales, creación de falsas vías (perforación de las vías lagrimales), deformación del punto lagrimal con daño parcial o completo del mismo, celulitis orbitaria (potencialmente grave para el ojo), fracaso del sondaje (aproximadamente un 10%), que requerirá nuevo sondaje o intubación. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como

6- ALTERNATIVAS RAZONABLES: El médico me ha explicado que pueden existir otras alternativas que no sean la quirúrgica como el masaje hidrostático del saco y vía lagrimal que se recomienda en un primer

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

momento y en niños menores de 6-9 meses. Pasada esta edad (alrededor del año de edad) la mejor solución es la maniobra quirúrgica descrita.

7- DECLARO Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas

Que el procedimiento descrito es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso .

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

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

8-Destinatarios y finalidades que requieren consentimiento expreso. Le rogamos marcar una de las siguientes opciones: SI () NO () AUTORIZO: a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO MEDIANTE SONDAJE Y/O INTUBACIÓN DE LAS VÍAS LAGRIMALES así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

Ena.....de.....de2.....

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña..... deaños de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de enfermo / representante legal, familiar o allegado

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Ena.....de.....de 2.....

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte.legal, familiar o allegado