

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica se usa cuando hay una obstrucción en el conducto por donde salen las lágrimas del ojo, y que no mejora con medicamentos o sondajes simples del sistema lagrimal.

El procedimiento consiste en crear una conexión entre el conducto lagrimal y la nariz, a través de una abertura llamada osteotomía. Esto se hace en el interior de la nariz, en la zona donde está el conducto obstruido, y puede hacerse de diferentes maneras: usando un microscopio quirúrgico, un endoscopio (un tubo delgado con cámara) o con láser.

En el caso del láser puede usarse por dentro del conducto obstruido, por vía nasal o combinando ambas vías.

En muchos casos se coloca una pequeña sonda en el conducto lagrimal para mantenerlo abierto. Esta sonda no suele verse desde afuera y se deja durante un tiempo que puede variar, dependiendo del cirujano y de cómo evolucione la cicatrización. La sonda generalmente se retira en la consulta con anestesia local.

Tras la intervención, normalmente se coloca un tapón en la nariz para evitar la hemorragia.

Esta cirugía se suele realizar con anestesia general.

La finalidad es mejorar el drenaje de las lágrimas hacia la nariz, reducir el lagrimeo y prevenir infecciones lagrimales.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar del mismo.
- Enfisema palpebral (penetración de aire en el interior de los párpados) al sonarse la nariz con violencia e impulsar el aire a través de la vía lagrimal recién abierta.
- Obstrucción nasal por inflamación o por la formación de adherencias entre las paredes de la fosa nasal.
- Infección del aparato lagrimal y/o de la fosa nasal intervenida.
- De forma excepcional, alteraciones de la visión, como visión doble y, en casos muy extremos, ceguera.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados. Si el sangrado continúa o es muy fuerte, el paciente deberá ir al hospital para que le revisen y le den un tratamiento adecuado.
- Quemaduras leves, en las proximidades de la zona a intervenir causadas por el bisturí eléctrico.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| ☐ No tiene | ☐ Diabetes | ☐ Obesidad | ☐ Hipertensión |
| ☐ Anemia | ☐ Edad Avanzada | ☐ Tabaquismo | ☐ Tratamiento anticoagulante |

- ☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía por vía externa, es decir, seccionando la piel del canto interno ocular, con la secuela de una pequeña cicatriz cutánea.

AUTORIZACIÓN PARA “DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL”

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de