



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO SUDUR-BARNEKO DAKRIOZISTORRINOSTOMIA ENDOSKOPIKOA DACRIOZISTORRINOSTOMIA ENDOSCOPICA ENDONASAL

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

Dakriozistorrinostomia ebakuntza kirurgikoa da (DZR). Ebakuntza honen helburua da malko-jarioa sudur-zulora bideratzea, irekidura artifizial baten bidez. Horri esker, buxatuta dagoen malko-sistema bat sudur-zulora drainatzea lortzen da.

DZRa sudu-barnetik egiten da, anestesia orokorra erabiltza, eta kanpoko ebakirik gabe; hortaz, ez da orbainik geratzen larruazalean.

Ebakuntza egin eta gero, baliteke sudur-tapoa aldi batez eroan behar izatea.

Era berean, zunda eroan beharra dago, malko-bideen barruan, denbora-tarte batean.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Ez da ohikoa bizi-arriskurik agertzea, baina anestesia orokorra erabiltzen denez, arrisku hori egon badago.
- Kirurgia honen konplikazioak hauexek izan daitezke: sudurreko odoljarria (unean bertan edo beranduago); sukarra; kirurgia-inguruneke infekzioa; sinu paranasaletako infekzioa; ebakuntza-ondoko mina; konplikazio oftalmologikoak (hematoma orbitarioa, infekzioa, ikusmen bikoitza, eta itsutasuna, oso ezohikoa bada ere).
- Sudur-zuloko edo -barrunbeto zauriak ere ager daitezke, sudur-barnean hezurra fresatzearen ondorioz.
- Kirurgia honen arrakasta maila %85 ingurukoa da, ebakuntza egin eta urtebetera; beraz, ez dago arrakasta gutziz ziurtatzerik.

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

La dacriocistorrinostomía (DCR) es la intervención quirúrgica consistente en la derivación del flujo lagrimal a la fosa nasal mediante una apertura artificial. Ello permite que un sistema lagrimal obstruido, pueda ser drenado a la fosa nasal.

La DCR endonasal se realiza a través de la nariz, con anestesia general y sin incisiones externas, por lo tanto si cicatriz externa.

Posteriormente a la intervención puede ser necesario llevar un taponamiento nasal durante un tiempo.

Deberá llevar una sonda colocada dentro de los conductos lagrimales por un periodo de tiempo variable

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico bajo anestesia general pueden producirse.
- Como complicaciones de esta cirugía pueden aparecer hemorragia nasal inmediata o tardía, fiebre, infección de la zona quirúrgica o de los senos paranasales, dolor postoperatorio, complicaciones oftalmológicas tales como hematoma orbitario, infección, visión doble e incluso excepcionalmente ceguera.
- Otra complicación posible son las heridas en el vestíbulo o la fosa basal consecuencia del fresado del hueso en el interior de la nariz.
- Las cifras de éxito de esta cirugía al año de la intervención son de alrededor de un 85% de media; por lo tanto no puede garantizarse el éxito de la misma.



**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

<~ ~>

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~ ~>

**E.BESTELAKO AUKERAK:**

**Kirurgiaren ordezkoa abstentzio terapeutikoa da, eta tratamendu antibiotikoa gain-infekzio kasuetan.**

**E. ALTERNATIVAS:**

Las alternativas a la cirugía son la abstención terapéutica y el tratamiento antibiótico de los episodios de sobreinfección



<-->

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:** Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

-->

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha