

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica se utiliza para explorar y tratar lesiones en la nariz y en los senos paranasales, que son cavidades llenas de aire en los huesos alrededor de la nariz. Cuando hay enfermedad, estos senos pueden estar llenos de pus, pólipos, quistes u otros problemas.

La intervención se realiza a través de los orificios de la nariz usando un endoscopio, que es un tubo delgado con luz en su interior. Esto permite visualizar el interior de la nariz y los senos, y tratar las lesiones sin necesidad de hacer cortes en la piel.

Según lo observado, se pueden tomar muestras de tejido para analizar, eliminar pólipos, quitar exceso de moco u otras masas y limpiar las costras o residuos que haya.

Durante la intervención, generalmente se coloca un tapón en la nariz para evitar la hemorragia.

Esta cirugía se suele realizar con anestesia general.

La finalidad de este procedimiento es limpiar los senos que están enfermos para mejorar los síntomas que causan la obstrucción en la nariz, como la dificultad para respirar, pérdida del olfato, mucosidad, dolor, sensación de pesadez en la cabeza y cara, sequedad en la garganta, entre otros. También se pueden tomar muestras de lesiones para estudiarlas y determinar el tipo de células.

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:

Riesgos frecuentes y leves:

- Dolor en las fosas nasales, en la cara y en la cabeza.
- Hematomas en la cara y/o en los párpados.
- Sangrado a través de la nariz o la garganta que suele disminuir en unas horas.
- Molestias o náuseas en la garganta por el desplazamiento de la gasa del tapón.
- Vómitos con sangre y coágulos que se han tragado.
- Sequedad en la boca y formación de costras de moco.
- Adherencias entre las paredes de las fosas nasales.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- 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 hagan una revisión y le den un tratamiento adecuado.
- Infección en la zona operada o, en casos más graves, en el cerebro, lo que puede causar síntomas como rinitis, sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.
- Fistulas o fugas del líquido que rodea al cerebro (líquido cefalorraquídeo), hacia la nariz o la

garganta.

- Problemas en los ojos, como visión doble, infección en la órbita o incluso, pérdida de la vista por lesión del nervio ocular.
- Perforación del tabique nasal.
- Pérdida parcial o total del olfato, que puede ser temporal o permanente.
- 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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL"

Yo, D./D^a. _____, 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./D^a. _____, 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 _____

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

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: