

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANTE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

En la epistaxis o hemorragia nasal existen situaciones en las que se requiere, para su tratamiento, la inyección de sustancias que esclerosen (que cicatricen) una determinada zona de la fosa nasal, como en los casos en que hay pequeñas lesiones de los vasos nasales (telangiectasias), que aparecen como manifestación de la llamada enfermedad de Rendu-Osler.

Estas sustancias esclerosantes se inyectan en distintas concentraciones en zonas muy concretas de la mucosa nasal responsables de la hemorragia, con el objetivo de producir la coagulación de la zona sangrante y la fibrosis de la misma.

Suele realizarse con anestesia local y cirugía menor ambulatoria.

Tras la intervención, puede colocarse un taponamiento nasal durante un tiempo variable.

La finalidad es detener la hemorragia y, en algunos casos, solucionar las causas que la hayan podido producir.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta, debido al taponamiento.
- Sangrado nasal leve.
- Vómitos sanguinolentos con coágulos.
- Hematoma en la cara y/o en los párpados.
- Sequedad nasal.
- Formación de costras en la nariz.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Reaparición de la epistaxis en un tiempo después.
- Persistencia del sangrado, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección de la cavidad operatoria y/o de las cavidades que rodean la nariz.
- Visión doble, infección de la órbita e, incluso, ceguera por afectación del nervio óptico. En raras ocasiones, cefalea de intensidad variable que puede quedar como secuela.
- Perforación del tabique nasal.

- Trastornos del sentido del olfato.
- 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. Otras alternativas a la técnica son:

- Taponamiento nasal anterior.
- Taponamiento nasal posterior.
- Cauterización química.
- Embolización arterial.
- Cirugía endoscópica nasosinusal para la coagulación de las arterias principales.

AUTORIZACIÓN PARA "TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES"

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: