

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS ENDOSCÓPICA MEDIANTE CIRUGÍA NASOSINUSAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en tratar un sangrado nasal muy fuerte o que se repite con frecuencia. Para ello, se usa un endoscopio, que es un tubo con luz en su interior. Esto ayuda a ver mejor y a tratar con más precisión el lugar donde está saliendo la sangre, generalmente en la mucosa de la parte frontal del tabique nasal.

Una vez que se localiza el origen de la hemorragia, se eliminan las lesiones que la causan. Para detener la sangre, se usan diferentes técnicas, como la coagulación, la compresión, la colocación de un material que ayuda a que la sangre deje de salir (coagulante reabsorbible) o la ligadura del vaso que está sangrando.

La operación se realiza a través de las fosas nasales, por lo que normalmente no deja cicatrices visibles en el exterior.

Por lo general, se hace con anestesia general. En casos muy seleccionados, cuando el sangrado no es muy fuerte, se puede usar anestesia local, a veces acompañada de sedación y analgésicos.

Después de la operación, se coloca un tapón en la nariz para detener el sangrado, y generalmente se mantiene durante un tiempo variable.

La finalidad de esta cirugía es detener la hemorragia y tratar las causas que la provocaron, cuidando al máximo la mucosa nasal y tratando de que la nariz siga funcionando bien.

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.
- Perforación del tabique nasal.
- Trastornos del sentido del olfato.
- Dehiscencia de la base del cráneo y fístula de líquido cefalorraquídeo, si ha sido necesario tratar arterias etmoidales intraóseas a nivel de la base del cráneo.
- 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:

- Infiltración de sustancias esclerosantes.
- Taponamiento nasal anterior.
- Taponamiento nasal posterior.
- Cauterización química.
- Ligadura arterial.

AUTORIZACIÓN PARA "TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS ENDOSCÓPICA MEDIANTE CIRUGÍA 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: