**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE EPISTAXIS MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**DIAGNÓSTICO:** «=consultation.ongoing\_issue»

**FECHA DE CIRUGÍA:**

**FECHA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO:** «=current\_date»

**CIRUGIA PROPUESTA: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE EPÍSTAXIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico Tratante:** «=doctor.pretty\_name» | Reg. ACESS: «=doctor.registration\_acess» |

**IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS** (hemorragia nasal), así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

Llamamos cirugía endoscópica nasosinusal a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos a nivel naso-sinusal, mediante su abordaje con ayuda de endoscopios, favoreciendo así una mejor iluminación de las cavidades, su mejor control visual y el mejor tratamiento de las lesiones nasales.

En el caso concreto de la epistaxis o hemorragia nasal, la intervención se puede realizar bajo anestesia general, en casos muy seleccionados con hemorragias poco cuantiosas, se puede emplear la anestesia local asociada, con sedación y analgesia del paciente.

La técnica quirúrgica se realiza a través de los orificios de las fosas nasales, por lo que no suele quedar ninguna cicatriz externa.

En el acto quirúrgico se pretende localizar el punto de origen de la hemorragia y, si es necesario, la extirpación de las lesiones causantes de la misma, respetando al máximo la mucosa que tapiza las fosas nasales e intentando conservar al máximo su funcionalidad. Una vez localizado el punto sangrante, el cirujano intentará su hemostasia (detención de la hemorragia) utilizando diferentes técnicas, tales como la coagulación, la compresión, la colocación de material coagulante reabsorbible o la ligadura del vaso responsable.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento nasal durante un tiempo variable, que por lo general oscila entre 24 horas y 4 días de duración. Incluso con el taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, ya sea a través de las fosas nasales o de la faringe, que suele ceder en unas horas, si el paciente no tiene trastornos de la coagulación. En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento hacia la orofaringe, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad.

**OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

La detención de la hemorragia y la posible solución de las causas que hubieran podido producir la misma.

**ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

El tratamiento de la hemorragia es complejo y puede requerir maniobras muy diversas que pueden ser efectivas, tales como el taponamiento nasal anterior, el taponamiento nasal posterior, la cauterización química, la embolización arterial, la ligadura arterial y otros muchos.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

1. Después de la intervención puede aparecer dolor en la fosa nasal, en la región facial o en la región craneal, que se tratará con analgésicos.
2. Vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento.
3. Durante los primeros días un hematoma en la cara y en el entorno del ojo. La epistaxis independientemente del tratamiento realizado, podría repetirse un tiempo después, toda vez que no es lo habitual, en ausencia de enfermedades hematológicas o de la mucosa nasal. En caso de presentarse una nueva hemorragia por la nariz o por la boca, el paciente deberá acudir al hospital para una nueva valoración y tratamiento.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

En caso de no efectuarse esta intervención cuando está indicada, persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.

**RIESGOS FRECUENTES**

1. A pesar de todas las medidas terapéuticas adoptadas, puede persistir la hemorragia. Se realiza, entonces, una revisión de la fosa nasal sangrante y, si es necesario, pueden adoptarse otras medidas, tales como la coagulación, ligadura o embolización de las arterias que aportan el riego a la fosa nasal (p.e. la llamada arteria esfeno-palatina). Si la hemorragia ha sido muy importante puede ser necesario administrar transfusiones sanguíneas.
2. Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado aspirador – coagulador que es, en realidad, un bisturí eléctrico. Con él cauteriza los vasos que están sangrando. Se debe mantener un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, no obstante cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del paciente.
3. Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades sinusales debido a las alteraciones del drenaje y de la ventilación de los senos paranasales, que se tratará con antibióticos.
4. En raras ocasiones pueden aparecer complicaciones oculares, tales como visión doble, infección de la órbita e, incluso, ceguera por afectación del nervio óptico.
5. En la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias o cicatrices anómalas entre las paredes de la fosa nasal, trastornos de la olfacción, sensación de sequedad y formación de costras de moco, que precisan lavados nasales y curas tópicas.
6. Complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Yo, «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO:** «=current\_date»

He sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Se que se me da una prestación de medios y no de resultados.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO/A, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

YO …………………………………………………… TUTOR LEGAL O FAMILIAR y en calidad de ………………………………….. SOY consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que ASUMO la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**CI DEL DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RECOMENDADO POR LA**

**FEDERACIÓN DE SOCIEDADES ORL Y CIENCIAS AFINES DE ECUADOR**