

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANTE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS (hemorragia nasal) MEDIANTE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

En el caso concreto de la epistaxis o hemorragia nasal recidivante, existen situaciones en las que se precisa la inyección de sustancias que esclerosen (que cicatricen) una determinada zona de la fosa nasal: hay casos en los que existen pequeñas lesiones de los vasos nasales, denominadas telangiectasias, que aparecen como manifestación de la llamada enfermedad de Rendu-Osler.

Para su tratamiento se puede utilizar la infiltración de Etoxiesclerol® (Polidocanol) pero podrían utilizarse otras sustancias. Estos productos se inyectan en zonas muy concretas de la mucosa nasal con el objetivo de producir la coagulación de la zona sangrante y la fibrosis de la misma.

La intervención se puede realizar bajo anestesia general o con anestesia local asociada, en algunos casos, con sedación y analgesia del/de la paciente.

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

El Etoxiesclerol® (Polidocanol) se utiliza a distintas concentraciones infiltrando la zona responsable de la hemorragia. Esta inyección está contraindicada en la insuficiencia renal, hepática y la arteriosclerosis con hipertensión. Asimismo, en enfermedades agudas y crónicas del corazón, asma bronquial, diabetes no tratada, labilidad neurovegetativa, y estados caquéticos y febriles.

Tras la intervención, se suele colocar 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/la 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/la paciente no tiene trastornos de la coagulación.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANTE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES

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.

Después de la intervención, puede aparecer dolor en la región nasal, en la región facial o en la región craneal, que se tratará con analgésicos. También pueden aparecer 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.

Puede aparecer, 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. 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.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Cuando está indicada, puede persistir la hemorragia nasal. En dependencia de su reiteración y volumen podrían producirse situaciones de anemia, disminución del volumen de la sangre del organismo, y ocasionalmente el llamado shock hipovolémico e, incluso, la muerte.

BENEFICIOS ESPERABLES

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

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

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 ligadura arterial y otros muchos. Su especialista le aconsejará el procedimiento que más le convenga en su caso concreto.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

A pesar de todas las medidas terapéuticas adoptadas, puede persistir la hemorragia. Se realizará, entonces, una nueva revisión de la fosa nasal sangrante y, si es necesario, pueden adaptarse otras medidas, tales como la coagulación, ligadura o embolización de las arterias que aportan el riego a la fosa nasal (p.ej. la llamada arteria esfeno-palatina). Si la hemorragia ha sido muy importante puede ser necesario administrar transfusiones sanguíneas.

Puede aparecer una 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.

En raras ocasiones pueden aparecer complicaciones oculares, tales como visión doble, infección de la órbita e, incluso, ceguera por afectación del nervio óptico.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANTE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES

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.

Existe, además, el riesgo asociado a una intervención quirúrgica bajo anestesia general o local. Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, 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/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

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

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANTE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANTE INFILTRACIÓN DE SUSTANCIAS ESCLEROSANTES

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: