

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL

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, la intervención quirúrgica denominada CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía endoscópica nasosinusal es la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos en fosas nasales y senos paranasales, mediante su abordaje con ayuda de endoscopios, consiguiendo un mejor control visual y un tratamiento más preciso de las lesiones nasales.

La intervención se suele realizar bajo anestesia general, si bien, eventualmente puede realizarse con anestesia local asociándola, en este último caso, a sedación y analgesia del paciente, según criterios que debe valorar el cirujano.

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 la extirpación de las lesiones y las estructuras vecinas afectas, respetando al máximo la mucosa que tapiza las cavidades ya mencionadas, e intentando conservar la mayor funcionalidad de las fosas nasales y de los senos paranasales.

Tras la intervención, se puede colocar un taponamiento nasal durante un tiempo variable, que raramente excede las 48 horas. Incluso, a pesar del taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas. En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento, por la parte posterior de la fosa nasal hacia la cavidad oral, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirándolo y colocando otro, si fuera preciso.

Después de la intervención, puede aparecer dolor en la región nasal, con irradiación a la región facial y craneal. 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. La sensación de taponamiento puede persistir en los días posteriores a la retirada del taponamiento a causa de la inflamación secundaria a la cirugía.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL

En el postoperatorio es muy importante la realización de lavados en ambas fosas nasales mediante suero fisiológico, para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal.

En caso de presentarse, un tiempo después, una hemorragia por la nariz o por la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Cuando está indicada, persistirán los síntomas de la poliposis nasosinusal. Es posible que los pólipos continúen creciendo, a pesar de los tratamientos médicos, y que ello pueda producir la compresión de las estructuras vecinas y la aparición de diversas complicaciones.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de la ventilación nasal y de los síntomas producidos por la dificultad ventilatoria, tales como la disminución de la capacidad olfativa del paciente, la sensación de sequedad faríngea, las cefaleas, etc.

La cirugía endoscópica tiene como estricto objetivo la extirpación de los pólipos nasales y sinusales, mejorando la ventilación nasal y los síntomas relacionados con la disminución de la permeabilidad nasosinusal, pero pudiendo persistir, tras la intervención, otros síntomas, tales como la mucosidad, los estornudos, etc., que están producidos por la enfermedad del paciente y que frecuentemente afecta a toda la vía respiratoria -nariz, garganta, bronquios, etc.- y es la responsable de la poliposis. Por ello, se requerirán otros tratamientos complementarios durante un tiempo variable, para controlar estos síntomas.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No se conocen otros métodos de eficacia demostrada, cuando el tratamiento médico ya no es efectivo.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La incidencia más frecuente es la hemorragia endonasal, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar de este. En caso de persistir la hemorragia, deberá efectuarse una revisión de la cavidad quirúrgica con la finalidad de localizar y controlar el punto sangrante o colocar un nuevo taponamiento; todo ello puede hacer necesaria una nueva anestesia general. Si la hemorragia ha sido importante puede ser necesaria una transfusión sanguínea.

Excepcionalmente, puede producirse una hemorragia por afectación de algún vaso que drena la sangre hacia el interior de la órbita del ojo. Ello produciría un aumento de la presión en el interior de esta y la aparición de graves consecuencias para el propio ojo, por lo que, dicha complicación, requiere una intervención quirúrgica urgente para descomprimir el ojo y evitar la ceguera.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL

Esta maniobra quirúrgica se puede realizar a través de la nariz pero, en algunas ocasiones, debe realizarse a través de una incisión realizada en la piel del ángulo interno del ojo.

Hay ocasiones en las que, en el curso de la intervención quirúrgica, pueda afectarse la musculatura ocular. Ello puede producir una sensación de visión doble, temporal o permanente.

Por otra parte, si se lesiona el nervio óptico, puede aparecer una ceguera del ojo afectado que se manifestaría, ya, en el postoperatorio inmediato.

Si durante la intervención es necesario penetrar en la órbita pueden producirse infecciones del contenido orbitario que deberán ser tratadas con antibióticos.

Pueden aparecer fístulas o fugas del líquido que circunda al cerebro dentro de la cavidad craneal - el llamado líquido cefalorraquídeo- hacia el interior de la fosa nasal; ello se debe a la presencia de una comunicación entre la cavidad craneal y la fosa nasal creada por el mismo tumor o producida durante su extirpación. Su reparación es quirúrgica y su equipo médico le informará sobre la misma en un documento aparte.

También puede producirse la infección de la cavidad quirúrgica y de los senos paranasales. Esta infección podría, incluso, extenderse a la cavidad craneal u orbitaria. Habitualmente estas infecciones evolucionan bien mediante la administración de un antibiótico, pero en el caso que se produzca un absceso, se deberá de realizar un drenaje quirúrgico.

Puede aparecer cefalea en los primeros días del periodo posoperatorio pero raramente persiste a largo plazo.

En la fosa nasal pueden aparecer perforaciones del tabique, sinequias, es decir cicatrices anómalas entre las paredes de las fosas nasales, pérdida parcial o total del olfato, sensación de sequedad, formación de costras y mucosidades espesas, que precisarán de lavados nasales y curas tópicas.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmero 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.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL

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 ésta, 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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA
POLIPOSIS NASOSINUSAL**

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 LA
REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA
POLIPOSIS NASOSINUSAL**

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: