

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la denominada ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La administración endovenosa de histamina se utiliza, como medida de excepción, en el tratamiento de procesos auditivos, tales como pérdida brusca de la audición, que no responden a otros tratamientos más convencionales, en un intento de producir un aumento del aporte de sangre al oído enfermo.

Esta técnica se realiza mediante punción en una vena, generalmente en el brazo o mano, del catéter de un sistema de gotero que contiene suero, al que se le ha añadido, previamente, una cantidad variable de histamina.

El goteo se inicia lentamente, aumentando la velocidad hasta que aparezcan una serie de manifestaciones, como enrojecimiento de cara y cuello o sensación de opresión en la cabeza, que nos indican la efectividad del tratamiento.

El paciente suele estar hospitalizado ya que, generalmente, está sometido a un tratamiento combinado con otras sustancias, o a vigilancia de la evolución de su enfermedad. Por ello, la duración del período de ingreso debe de decidirla su médico

### En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Puede persistir la pérdida de la audición que ha justificado el tratamiento con histamina.

### BENEFICIOS ESPERABLES

La mejoría de la audición o la disminución de los acufenos -los ruidos del oído- son beneficios posibles, pero la efectividad del tratamiento es variable en cada caso, en dependencia de numerosas circunstancias.

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Existen otros tratamientos para tratar la pérdida brusca de la audición, tanto médicos como físicos, tales como otros tratamientos vasodilatadores, los fármacos neurotróficos, la sumisión a oxigenoterapia hiperbárica, etc. Por ello, es su médico quien debe de decidir el tratamiento de su sordera, como mejor convenga a las circunstancias de cada caso

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Son raros. Normalmente están relacionadas con la hipotensión arterial -disminución de la tensión arterial-, que se produce debido al efecto vasodilatador -dilatación de los vasos- de la histamina. El efecto más frecuente suele ser una pequeña lipotimia -desmayo- que suele ceder con facilidad.

No se puede excluir la posibilidad de un shock con parada cardiorrespiratoria.

Potencialmente, de forma muy excepcional, se puede presentar un broncoespasmo, es decir, un espasmo de los bronquios que impediría la entrada de aire al aparato respiratorio, lo que supone una complicación grave que debe de ser tratada inmediatamente.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

### RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

### OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

### DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que 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.

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 SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, 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 de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultará la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> ....., 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 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 paciente/representante legal