

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DEL ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

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 extirpación del ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, 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

El angiofibroma de rinofaringe es un tumor benigno que crece en la porción posterior de las fosas nasales y que está integrado, en buena medida, por vasos sanguíneos, por lo que se trata de una tumoración extraordinariamente sangrante.

Por ello, la intervención quirúrgica requiere de la llamada embolización con carácter previo. Dicha embolización consiste en la obstrucción de los vasos sanguíneos que llegan al tumor. La embolización del tumor se realizará en los días inmediatamente previos a la intervención quirúrgica.

La intervención se realiza bajo anestesia general. La vía de abordaje es variable dependiendo del tamaño y la localización del tumor:

Así, si está bien delimitado el abordaje podrá realizarse a través de las fosas nasales, utilizando los endoscopios rígidos, que permiten un control visual preciso del campo quirúrgico. No obstante, en algunas ocasiones iniciada la cirugía por el interior de la nariz, si las características del tumor así lo requieren, en la misma intervención se realiza otra vía de abordaje que permita acceder mejor a determinadas regiones anatómicas.

En todos los casos se utiliza anestesia general.

Dado que el angiofibroma es un tumor vascular existe el riesgo de sangrado profuso y puede ser necesaria una transfusión de sangre.

Al finalizar la intervención quirúrgica, se coloca un taponamiento en la fosa nasal, que se mantiene durante varios días, raramente más allá de los 4 días. En raras ocasiones puede desplazarse hacia la garganta: ello requerirá su extracción y reemplazamiento dependiendo del estado de la cavidad operatoria. En ocasiones, pueden emplearse taponamientos de material reabsorbible, que se eliminarán espontáneamente en el curso de las semanas posteriores a la intervención.

El angiofibroma tiene cierta tendencia a la reproducción por lo que se hacen necesarios controles periódicos durante los años posteriores a la intervención.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Es previsible que el angiofibroma aumente el tamaño produciendo un aumento de la dificultad respiratoria nasal, aumento de la secreción de moco y de las hemorragias nasales, deformidad nasal y facial e invasión de las cavidades que se encuentran situadas alrededor de la fosa nasal, tales como los senos, las órbitas o la cavidad craneal, produciendo complicaciones extremadamente graves y de difícil solución

BENEFICIOS ESPERABLES

Extirpación del tumor con mejoría de la respiración nasal, de la secreción de moco, de las hemorragias, del dolor de cabeza y como prevención de las complicaciones derivadas del crecimiento del tumor.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DEL ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No existe un tratamiento alternativo de contrastada eficacia.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La hemorragia endonasal, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar del mismo. Puede exigir la revisión de la cavidad operatoria para localizar y controlar el vaso sangrante así como precisar realizar un nuevo taponamiento. Si el sangrado ha sido importante puede ser necesaria una transfusión sanguínea.

La hemorragia por afectación de un vaso del interior de la órbita, requiere una intervención urgente para descomprimir el globo ocular y evitar la ceguera, que se puede hacer por vía endonasal pero que, en algunas ocasiones, debe realizarse a través de una incisión realizada en la piel que rodea la órbita.

Las lesiones de la musculatura ocular pueden producir visión doble temporal o permanente. Si el tumor rodea o comprime el nervio óptico puede aparecer una ceguera del ojo afecto en el postoperatorio inmediato. Si durante la intervención es necesario penetrar en la órbita pueden producirse infecciones del contenido orbitario que deberán ser tratadas en primera instancia con antibióticos

En algunos casos y especialmente los tumores que invaden la fosa pterigopalatina o la fosa infratemporal puede aparecer dolor o adormecimiento temporal o permanente en la hemicara y un déficit de sensibilidad en los dientes superiores por lesión accidental del nervio infraorbitario

Pueden aparecer fístulas o fugas del líquido que circunda al cerebro dentro de la cavidad craneal (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 se realiza preferentemente desde el interior de la fosa nasal bajo control endoscópico. El material que se utiliza para cerrarla puede obtenerse de diversas partes del cuerpo (cartílago septal, cartílago del pabellón auricular, grasa abdominal, etc.) también puede usarse material previamente preparado tal como fascia liofilizada.

La infección de la cavidad quirúrgica y de los senos paranasales es posible como consecuencia de la alteración del drenaje y la ventilación secundaria a la inflamación y taponamiento. La propagación de dicha infección a la cavidad craneal u orbitaria depende, en gran parte, de que exista una comunicación entre aquellas y la fosa nasal. Se suministrará tratamiento antibiótico y en el caso de que se produzca un absceso, se realizará un drenaje quirúrgico.

Puede aparecer cefalea en los primeros días postoperatorios pero raramente persiste a largo plazo.

En la fosa nasal pueden aparecer perforaciones del tabique, sinequias (cicatrices anómalas entre las paredes externa y medial), pérdida parcial o total del olfato, sensación de sequedad, formación de costras y mucosidades espesas, que precisarán lavados nasales y curas tópicas que pueden ser muy prolongadas o incluso permanentes.

No hay que ignorar, además de todo ello, las 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DEL ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° 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 LA EXTIRPACIÓN DEL ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

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.^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 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