TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE AS CIRURGIA DE ATRESIA DE COANA

TCC
ABORL-CCF
Nº 30

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de **correção de atresia de coana** que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que sejam adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando seus riscos

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

RG: _____ CPF: _____

Grau de escolaridade: _____

Responsável: _____

Nome do Médico: **DONALD TESTE QUITE**

CRM nº: **1234** Estado: SP

Data da realização do procedimento: ____/____/20_____ Data da informação sobre o procedimento: ____/____/20_____

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES

A atresia de coana é uma malformação da região posterior do nariz, que impede passagem de ar. É uma alteração congênita (de nascimento), que pode ocorrer em um dos lados das fossas nasais, ou ser bilateral. A atresia de coana bilateral impede que o recém-nascido respire, sendo uma situação de urgência que, na maioria das vezes, leva à necessidade de intubação orotraqueal. A atresia de coana pode ocorrer de maneira isolada, ou seja, sendo a única alteração presente no indivíduo, mas também associada a outras malformações.

A atresia pode envolver apenas tecidos moles (como a mucosa) mas também componentes ósseos.

O diagnóstico é realizado através da endoscopia nasal e de exames de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

A cirurgia para correção de atresia de coana visa reestabelecer a respiração adequada através do nariz.

CIRURGIA

A cirurgia consiste em realizar a abertura da região da coana, ou seja, da região posterior da cavidade nasal. A cirurgia é realizada através dos orifícios naturais, as narinas com o uso de câmeras. Não ficam marcas evidentes na pele, como cortes ou manchas arroxeadas.

A região a ser operada, principalmente em bebês, é estreita, está próxima aos olhos e ao cérebro, sendo sujeita a variações na anatomia, além de contar com a presença de artérias e veias importantes e pontos de difícil acesso. A atresia com componente ósseo pode conter um osso espesso e duro, dificultando a sua remoção.

Apesar dos exames de imagem auxiliarem bastante a programação cirúrgica, é muito difícil prever exatamente quais alterações serão encontradas. Portanto, muitas decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia.

A cirurgia é feita sob anestesia geral. Pode ser necessário que o paciente realize o pós-operatório em unidade de terapia intensiva, especialmente nos casos bilaterais, em crianças muito pequenas e na presença de outras comorbidades. Pode ser necessário o uso de stents (moldes) no nariz para evitar que a abertura realizada durante a cirurgia se feche.

EFEITOS ADVERSOS DO PROCEDIMENTO

Dor: É comum nos primeiros dias, de grau leve a moderado e com fácil controle. Medicações via oral ou endovenosa geralmente são suficientes para aliviar a dor.

Vômitos: Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia ou após e podem ser constituídos de sangue coagulado (escuro).

Sangramento: Pode ocorrer a saída de sangue do nariz em pequena a moderada quantidade nos primeiros dias após a cirurgia, geralmente com fácil controle.

Obstrução nasal: É comum ocorrer, geralmente devido a inchaço no local operado ou pela presença de crostas no nariz. Costuma melhorar com lavagens nasais com solução fisiológica e com limpezas feitas no consultório.

Crostas e odor fétido nasal: trata-se de efeito adverso comum que melhora através de lavagens nasais com soro fisiológico e com limpezas feitas no consultório.

Dificuldades para se alimentar: A obstrução nasal, presença de sangramento e outros fatores associados ao procedimento podem levar à dificuldades na alimentação e à necessidade de uso de sonda.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

Hemorragias: sangramentos em grande volume são raros, mas podem acontecer. Nesses casos pode ser necessária uma reintervenção cirúrgica e mais raramente transfusões sanguíneas.

Recidiva / Necessidade de reoperação: Pode ser necessário realizar mais de uma cirurgia, uma vez que a cavidade nasal é estreita, favorecendo que a região operada se feche.

Complicações da anestesia geral: são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias. Devem ser esclarecidas com o médico anestesiologista.

Internação em UTI: pode ser necessária, especialmente em casos de correção de atresia bilateral, caso a cirurgia seja feita em crianças pequenas ou em pacientes com comorbidades.

Infecção: A manipulação do nariz, que contém bactérias, pode levar à infecção no período pós-operatório e à necessidade de uso de antibióticos.

MÉTODOS ALTERNATIVOS

O tratamento da atresia de coana é sempre cirúrgico.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O principal cuidado que é a lavagem nasal com solução fisiológica várias vezes ao dia na quantidade estipulada pelo seu otorrinolaringologista. Pode ser necessária a limpeza do nariz com pinças e aspiradores, algumas vezes em centro cirúrgico, sob anestesia.

A alimentação por via oral nem sempre é possível nos primeiros dias após a cirurgia, principalmente em bebês. O estabelecimento da respiração nasal irá auxiliar a retomada gradual da alimentação. Em casos de atresia de coana unilateral ou caso a cirurgia seja realizada em crianças mais velhas/adultos, não há restrições alimentares no período pós-operatório. Nestes casos deve-se ter o cuidado de restringir atividades físicas devido ao risco de sangramento em indivíduos adultos. Geralmente na primeira semana o esforço físico deve ser mínimo. Atividades mais intensas como academia e esportes devem ser retornadas apenas com liberação do cirurgião.

CONCLUSÃO

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto submeter-se a cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Estou também ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento com o compromisso de me informar sobre tais modificações no primeiro momento possível.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-se ao procedimento ora proposto.

Cidade: _____ Estado: _____ Data: ____ de _____ de 20____

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE AS CIRURGIA DE ATRESIA DE COANA

TCC
ABORL-CCF
Nº 30

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Assinatura do paciente (ou responsável): _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____.

Endereço: _____

Cidade: _____. UF: _____

Fone de contato:_____. WhatsApp:_____

email: _____

RG ou CPF:_____. Idade:_____

Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____.

Endereço: _____

Cidade: _____. UF: _____

Fone de contato:_____. WhatsApp:_____

email: _____

RG ou CPF:_____. Idade:_____

Assinatura do Médico: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____.

Endereço: _____

Cidade: _____. UF: _____

Fone de contato:_____. WhatsApp:_____

email: _____

RG ou CPF:_____. Idade:_____

Assinatura da 1ª testemunha: _____

RG nº: _____.

CPF nº: _____.

Assinatura da 2ª testemunha: _____

RG nº: _____.

CPF nº: _____.

Nota: Artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2217/2018) e Artigo 9º da Lei nº 8.078/90 - É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.