

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CENTRO SANITARIO****SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*)SEPTOPLASTIA**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:****EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Esta técnica quirúrgica tiene como finalidad la corrección de las deformidades del tabique nasal.

Consiste en la extirpación, remodelación y reposición de los fragmentos de cartílago, o de hueso que no se hallan en la posición correcta, y que son responsables de las alteraciones en el funcionamiento nasal.

**CÓMO SE REALIZA:**

Se efectúa bajo anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

Se realiza mediante una sola incisión en el interior de las fosas nasales.

En ocasiones, puede resultar necesaria la colocación durante unos días, de una o varias láminas de material sintético abrazando al tabique nasal, sujetas mediante una sutura. Posteriormente se suele colocar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un tiempo variable.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

El taponamiento nasal suele ocasionar molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias mejoran con tratamiento para estos síntomas. Si se ha colocado un taponamiento el paciente puede necesitar antibióticos orales para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas, se considera normal drenar por la nariz un líquido serosanguinolento (por el taponamiento).

En raras ocasiones, se puede desplazar hacia atrás el taponamiento, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. Dicho taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa importancia en la garganta.

Después de la intervención, suele presentarse dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. 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, deben desaparecer tras las primeras 24 horas de postoperatorio.

Durante los primeros días, puede aparecer un hematoma en la cara o en el contorno ocular.

En este período postoperatorio es recomendable la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico o similares soluciones, para favorecer la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal.

---

#### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Mejoría de la respiración nasal causada por un problema mecánico y de los síntomas relacionados con dicha dificultad respiratoria nasal.

---

#### **OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

No se conocen procedimientos de contrastada eficacia.

En caso de no efectuarse esta intervención, cuando está indicada, persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.

---

#### **QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar de este. En ese caso, hay que revisar el taponamiento nasal previamente colocado, y a veces sustituirlo por otro que garantice una mayor presión. De forma excepcional, puede ser necesaria la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general y el cambio de taponamiento. Eventualmente puede requerirse una transfusión sanguínea.
- Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos, lo que se conoce como una rinosinusitis.
- Cefaleas (dolor de cabeza) de intensidad y localización variables, como secuelas.

- En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, que son más frecuentes en las reintervenciones del tabique. Estas perforaciones pueden producir un ruido o silbido característico, esencialmente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar a una cierta tendencia a la formación de costras y a sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas con vaselina para mejorar los síntomas de sequedad nasal.
  - Pueden formarse sinequias que son adherencias entre las paredes de la fosa nasal, que en ocasiones requieren su sección en una segunda intervención.
  - Trastornos del olfato.
  - Persistencia de la obstrucción mecánica que indique realizar una segunda intervención en un 10% de los casos. Esto es debido a la existencia de diversas situaciones: un tabique muy deformado en la primera intervención, mala cicatrización, desplazamiento de los fragmentos recolocados o, por último, un traumatismo nasal sufrido durante el postoperatorio.
  - Defecto estético como consecuencia del hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal. Esto puede ser debido a un trastorno de la cicatrización tras la intervención quirúrgica.
  - Alteraciones de la sensibilidad de la zona.
- LOS MÁS GRAVES:
  - LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

---

#### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

---

#### OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

---

#### OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

## 1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_