

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 (*)RINOTOMÍA LATERONASAL**

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:**

La rinotomía lateronasal es la técnica quirúrgica que consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas a través de una incisión que comienza en el ángulo interno del ojo y que contornea la nariz hasta terminar en el orificio nasal o el labio. En ocasiones, esta incisión se prolonga hacia la encía superior.

Es una intervención utilizada para la extirpación de tumores tanto benignos como malignos, de los senos paranasales y de las fosas nasales.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención se realiza bajo anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

En la intervención quirúrgica se pretende la extirpación de las lesiones, intentando conservar la máxima funcionalidad de las fosas nasales.

La incisión puede dejar una cicatriz visible, a pesar de que se buscan los pliegues de la cara para obtener un mejor resultado estético.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de la nariz, como a través de la garganta, que suele ceder en unas horas si la hemostasia (la capacidad de coagulación del paciente) es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una compresión local mediante otro taponamiento nasal.

En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa, con la que se ha hecho el taponamiento nasal, por la parte posterior de la fosa nasal, provocando una sensación de cuerpo extraño y náuseas que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Puede aparecer en los primeros días, un hematoma en la cara y los ojos.

Después de la intervención, suele existir dolor a nivel de las fosas nasales, y diversas molestias en la garganta.

También puede presentar 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.

En el postoperatorio es muy importante realizar lavados de ambas fosas nasales mediante suero fisiológico para la eliminación de abundantes costras que se forman en las fosas y dificultan la respiración nasal.

En caso de aparecer una hemorragia a través de la nariz o de la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su valoración y tratamiento.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mediante esta técnica quirúrgica se puede acceder al interior de las fosas nasales y senos paranasales para el diagnóstico definitivo y curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Las alternativas a la cirugía son la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía en la mayoría de los casos.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN, el crecimiento del tumor dentro de las fosas nasales y los senos paranasales puede provocar destrucción progresiva de las estructuras adyacentes con afectación, tanto cerebral, como de la vía óptica. Si la lesión es maligna el retraso en el tratamiento puede hacer que, posteriormente, no sea operable. Si la lesión tiene un importante componente vascular, hay riesgo de hemorragia que puede poner en peligro la vida del paciente.

En su caso:

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 del mismo. Ello exigiría la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio del taponamiento.
- En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer: perforaciones del tabique nasal, sinequias (bridas o adherencias entre las paredes de la fosa nasal), trastornos de la olfacción (acto de oler), sequedad y formación de costras de moco, que precisan lavados nasales y administración de pomadas.
- La cicatriz puede resultar antiestética y, en ocasiones, dolorosa.
- LOS MÁS GRAVES:
 - Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, tales como los senos o la cavidad craneal. Aparecerán entonces sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.
 - Fistulizaciones (fugas) del líquido cefalorraquídeo (el líquido que rodea al cerebro dentro de la cavidad craneal) hacia el interior de la fosa nasal o la faringe. Ello exigiría dependiendo de la duración una nueva intervención quirúrgica.
 - Cefaleas (dolor de cabeza) de intensidad y localización variables como secuela.
 - Complicaciones oculares, tales como visión doble, infección de la órbita e, incluso, ceguera por afectación del nervio ocular.
- 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.)

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.: _____