

**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 (\*) ANTROSTOMÍA MAXILAR**

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:**

Los senos maxilares son unas cavidades que se encuentran a ambos lados de la nariz, excavadas en el interior del hueso maxilar.

La técnica de la antrostomía maxilar consiste en la apertura de uno o ambos senos maxilares.

Sus indicaciones son muy limitadas en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias o infecciosas. No obstante, todavía está indicada para situaciones como la extracción de determinados cuerpos extraños del interior del seno, la extirpación de procesos patológicos de la región más externa del seno maxilar, el tratamiento de determinadas enfermedades que hayan comprometido la raíz dental o las zonas próximas, y la resección de tumores que precisen la eliminación de una porción de hueso circundante.

De forma excepcional, también se utiliza como vía complementaria para la cirugía endoscópica de los senos.

**CÓMO SE REALIZA:**

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

Se realiza a través de una incisión bajo el labio superior, en la encía, por encima de las piezas dentarias, llegando al seno a través de una ventana practicada en la pared anterior del hueso del seno maxilar.

Tras la intervención, por lo general se coloca un taponamiento en la fosa nasal.

---

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

El paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas, si la hemostasia es normal. En caso de persistir, hay que efectuar una mayor compresión local mediante la revisión del taponamiento colocado previamente o sustituyéndolo por otro.

En raras ocasiones se puede deslizar la gasa con la que se realiza el taponamiento desde la zona posterior de la fosa nasal hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

En las primeras horas del postoperatorio, el paciente puede sufrir pesadez o dolor de cabeza, molestias en la mejilla, tumefacción en la pared anterior del seno maxilar, sabor a sangre, mal aliento y sequedad de la boca.

Puede aparecer, también, un pequeño aumento de la temperatura corporal.

Durante unos días, el paciente puede notar, bajo la encía del labio superior, los puntos de sutura de la incisión realizada.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Desaparición de los síntomas relacionados con las enfermedades de los senos, así como confirmación del diagnóstico de una enfermedad mediante el estudio de los tejidos extirpados.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

En general, los procesos infecciosos de los senos ceden con tratamiento médico.

La indicación quirúrgica suele establecerse ante el fracaso de los tratamientos médicos. La cirugía endonasal bajo control endoscópico ha desplazado ampliamente esta técnica quirúrgica en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias o infecciosas de los senos.

En caso de no efectuarse esta intervención, cuando está indicada, el paciente continuará con los síntomas previos. Según la naturaleza de su enfermedad, a lo largo de su evolución, pueden aparecer complicaciones oculares, dentarias, de las partes blandas de la cara, de las meninges o el cerebro. En el caso de que la intervención sea realizada con fines diagnósticos, no se podrán obtener los datos esperados, y, en consecuencia, no se podrá llevar a cabo el tratamiento adecuado.

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:
  - Pequeña hemorragia nasal o bucal tras la intervención quirúrgica. Rara vez adquiere carácter preocupante, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal y, en ocasiones, transfusión si la intensidad es importante.
  - Infección de la zona quirúrgica.
  - Dolor o adormecimiento en la mejilla y un déficit de la sensibilidad en los dientes superiores por lesión accidental del nervio infraorbitario.
  - Retraso en la cicatrización de la herida en la encía superior e, incluso, la aparición de una fístula oroantral o comunicación de la boca con el seno maxilar.
  - Complicaciones nasales, como la perforación del tabique nasal, una sinequia (brida o adherencia entre las paredes de las fosas nasales) , un cierto grado de atrofia de la fosa nasal correspondiente, con aparición de costras nasales y sensación de sequedad.
  - Alteraciones del olfato.
  - Complicaciones oculares menores, como visión doble, inflamación o aparición de pequeñas burbujas de aire (enfisema) en los párpados o en el resto de la cara, debido a una comunicación directa entre el propio seno y el contenido de la órbita o la propia cara.
  
- LOS MÁS GRAVES:
  - En raras ocasiones, puede producirse una modificación en la posición del ojo e incluso, pérdida de agudeza visual o ceguera, en la medida en que las enfermedades del seno o las maniobras necesarias para su tratamiento hayan podido afectar al contenido orbitario.
  - De forma excepcional, también puede producirse ceguera por la formación de un coágulo en la arteria que alimenta la retina.
  
- 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.: \_\_\_\_\_