

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 (*) SEPTORRINOPLASTIA (Corrección de las deformidades externas e internas de la nariz)

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:

También recibe el nombre de rinoseptoplastia.

Es la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección conjunta de la forma y de la función de la nariz. Asocia en la misma intervención, la reparación de la forma externa de la pirámide nasal y la remodelación del interior de la fosa nasal.

CÓMO SE REALIZA:

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

A través de una serie de incisiones que se practican en el interior de la nariz; el número y extensión de las mencionadas incisiones depende de la magnitud y localización de las deformidades a tratar.

Según el tipo y localización de las deformidades puede ser preciso realizar una incisión suplementaria en la llamada columela. La columela es la estructura ubicada entre la punta nasal y el labio superior y que separa una fosa de la otra. Esta incisión permite trabajar sobre los elementos osteocartilaginosos de la pirámide nasal de una forma más directa; este último tipo de abordaje se denomina Rinoplastia Abierta.

En ocasiones, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el tabique nasal, sujetas mediante una sutura, durante unos días.

Estas láminas deben retirarse tras un lapso de tiempo que raramente supera las tres semanas.

Tras la intervención quirúrgica, se coloca una pequeña férula sobre el dorso de la nariz y se suele realizar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un periodo de tiempo variable.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

El taponamiento ocasionará molestias, tales como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos pueden tener que asociarse a antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

Después de la intervención, suele existir 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 h de postoperatorio.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular como consecuencia de la remodelación de los huesos y cartílagos de la nariz.

Si ha sido necesaria la realización de una incisión en la llamada columela permanecerá una pequeña cicatriz transversal en la misma, que, por lo general resulta muy poco visible. No obstante, en determinadas ocasiones pueda resultar más evidente según la textura de la piel o si el proceso de cicatrización ha resultado poco favorable.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mejoría del aspecto externo de la pirámide nasal, así como de la permeabilidad nasal y de los síntomas que esta insuficiencia ventilatoria nasal puede producir.

En la mejoría estética y funcional de las fosas nasales.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

En caso de no efectuarse esta intervención cuando está indicada, el paciente continuará con dificultad respiratoria y la deformidad nasal.

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 tiene una intensidad valorable, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal que garantice algo más de presión. De forma excepcional, puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.
 - Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, tales como los senos. Aparecerá entonces una rinosinusitis. Es raro que aparezca una infección en los tejidos de la cara.
 - Cefaleas (dolor de cabeza) de intensidad y localización variables, como secuelas.
- LOS MÁS GRAVES:
 - En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, que son más frecuentes en reintervenciones del tabique nasal. Estas perforaciones pueden producir ruido o un silbido característico, esencialmente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar a una cierta tendencia a la formación de costras y sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.
 - Pueden formarse sinequias –bridas entre las paredes de la fosa nasal– , que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio.
 - Alteraciones de la olfacción.
 - Complicaciones oculares, tales como visión doble temporal, edema de los párpados y hematomas faciales.
 - Desplazamiento de los elementos osteocartilaginosos de la nariz en el postoperatorio, como consecuencia de una cicatrización anómala o de un traumatismo accidental; ello produciría defectos estéticos en el período postoperatorio.
 - Irregularidades del dorso nasal: las porciones de hueso o de cartilago que, durante la intervención han sido remodelados, resecaados o implantados pueden dar lugar a irregularidades del dorso nasal, que pueden ser palpables o incluso visibles a la exploración. Conviene precisar que en pieles finas y elásticas, estas irregularidades pueden ser más notorias.
 - En ocasiones se requiere tomar fragmentos de tejidos de diversas zonas del organismo, tales como cartilago de la oreja o hueso de la cadera, por lo que la cicatrización de estas zonas podría resultar inestética o dolorosa.
 - La piel de la nariz o de la cara puede sufrir lesiones de diversa índole, tales como cierta pérdida de elasticidad, atrofia, retracciones y cambios en la coloración superficial, entre las más frecuentes.
 - Persistencia de la oclusión nasal: en un escaso porcentaje de pacientes, que no superan el 20%, puede requerirse una nueva intervención quirúrgica, por persistir la obstrucción nasal como consecuencia, en la mayor parte de los casos, de una mala cicatrización, de un desplazamiento poco afortunado de los fragmentos de reconstrucción o de un traumatismo nasal en el postoperatorio.
 - Además, si el paciente presenta grandes deformidades de la pirámide nasal, hay más posibilidades de tener que realizar una segunda cirugía para corregir defectos que hayan podido permanecer tras la primera cirugía.
 - Hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal en su porción cartilaginosa como consecuencia de un trastorno de cicatrización, tras la intervención quirúrgica.
 - Alteraciones de la sensibilidad de la zona.

- Persistencia de una pequeña cicatriz en la llamada columela, si se ha precisado realizar una
- incisión en la misma, aunque, con el tiempo, su aspecto tiende a mejorar. No obstante, dependiendo de la textura de la piel y de procesos de cicatrización poco favorables puede permanecer una cicatriz más evidente.

- 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.: _____
