

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 (*) EXTIRPACIÓN DE NEOFORMACIONES BENIGNAS DEL VESTÍBULO NASAL**

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:**

El vestíbulo nasal es la porción más anterior de las fosas nasales. A ese nivel, pueden aparecer, generalmente en el tabique nasal, pequeñas tumoraciones de muy diversa naturaleza.

Esta intervención consiste en extirpar esas pequeñas tumoraciones.

CÓMO SE REALIZA:

La extirpación se suele realizar vía endonasal, es decir, a través de los orificios nasales, por lo que no suele dar lugar a cicatrices o deformaciones nasales externas.

El abordaje puede variar dependiendo de la localización y de la extensión o volumen del tumor. En algunos casos, cuando la localización de la lesión es muy inferior, la extirpación de la misma puede precisar de una incisión en la región de la mucosa gingivolabial (por dentro de la boca). De forma excepcional, ante lesiones muy voluminosas o extensiones posteriores puede ser de utilidad una incisión externa en la piel, en el territorio del pliegue del ala nasal.

La intervención se puede realizar bajo anestesia local asociada a técnicas de analgesia y sedación. No obstante, las lesiones muy voluminosas o muy sangrantes pueden precisar anestesia general.

Para la extirpación se puede utilizar el bisturí convencional, el electrocauterio, el bisturí eléctrico y el láser, entre otras técnicas.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Una vez finalizada la cirugía, puede ser preciso colocar un taponamiento nasal durante un periodo de tiempo variable. El paciente tendrá que respirar, a lo largo de todo ese tiempo, por la boca.

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas si la hemostasia (la capacidad de coagulación de la sangre del paciente) es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una compresión local, mediante un taponamiento nasal, en el caso de que no se haya colocado previamente, o bien sustituirlo por otro que garantice una mayor compresión. En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa con la que se ha realizado el taponamiento nasal por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación molesta y náuseas que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. El taponamiento nasal justifica que el paciente pueda sufrir sensación de sequedad de boca y garganta, que aparecen al tener que respirar continuamente por la boca, también puede aparecer sensación de pesadez de cabeza.

Durante un periodo de tiempo variable, que puede prolongarse durante varias semanas, el paciente puede sufrir la formación de costras nasales, que debe intentar minimizar mediante lavados nasales repetidos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mejoría en la permeabilidad nasal, desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal y desaparición de las hemorragias nasales provocadas por la lesión del vestíbulo.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No se conocen otros métodos de eficacia contrastada para el tratamiento de las neoformaciones nasales.

En caso de no efectuarse esta intervención, cuando está indicada, el paciente continuará con insuficiencia respiratoria nasal de forma permanente, asociado a otros síntomas relacionados con la naturaleza del proceso. Como quiera que muchas de estas formaciones son sangrantes, pueden persistir hemorragias de repetición.

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 nasal.
 - Infección en el periodo postoperatorio.

- Que aparezcan sinequias (adherencias entre ambas paredes de la fosa nasal, o un estrechamiento persistente del vestíbulo nasal) , debido a una cicatrización anómala de la zona de resección.
- Que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal, que a veces da lugar a la formación de costras, durante un período de tiempo relativamente largo. En la medida que se deba sacrificar un volumen importante de la fosa nasal, la sequedad puede llegar a ser permanente.
- Aparición de una perforación a nivel del tabique nasal, que podría determinar la aparición de costras, alteraciones del aliento y, ocasionalmente, un ruido durante la respiración.
- Si se utiliza el láser, pueden producirse quemaduras en la nariz (pirámide nasal) o en zonas de la cara próximas.
- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir.
- Que se produzcan deformaciones externas de la pirámide nasal o del vestíbulo de la nariz, generalmente relacionadas con extirpaciones de lesiones nasales voluminosas y a consecuencia de una retracción de las partes blandas en el proceso de cicatrización.

- 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.)

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.: _____