

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 DEL ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE 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:**

El angiofibroma de rinofaringe es un tumor benigno que crece en la porción posterior de las fosas nasales. Este tumor está formado, en gran medida, por vasos sanguíneos, por lo que se trata de una tumoración muy sangrante.

Por ello, la intervención quirúrgica requiere de una embolización con carácter previo. La embolización consiste en la obstrucción de los vasos sanguíneos que llegan al tumor. La embolización

del tumor se realizará en los días inmediatamente previos a la intervención quirúrgica.

Sirve para extirpar el tumor a través de una incisión quirúrgica.

CÓMO SE REALIZA:

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

Consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas a través de una incisión que se inicia en el ángulo interno del ojo y que contornea la nariz hasta alcanzar la vecindad del orificio nasal.

Según la extensión y localización tumoral puede ser necesario ampliar la incisión al labio superior y a la encía superior. Durante la intervención puede ser precisa la transfusión de cierta cantidad de sangre.

Tras la intervención quirúrgica, la incisión se sutura cuidadosamente, colocándose posteriormente

un apósito y un taponamiento en la fosa nasal intervenida.

Retirados los puntos de sutura puede apreciarse una cicatriz que suele resultar poco estética, a pesar de que el cirujano intenta realizar la incisión siguiendo los pliegues de la cara, pero que irá mejorando en su aspecto, a lo largo de los meses.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

El taponamiento nasal se mantiene después de la intervención durante un periodo de tiempo que raramente excede las 48-72 horas. Este taponamiento puede desplazarse hacia la garganta, produciendo molestias y por ello puede requerir su cambio o revisión en alguna ocasión.

Tras la intervención se observa una inflamación o tumefacción, que puede ser de moderada a intensa y afecta a las estructuras de la cara. Esta inflamación irá cediendo a lo largo de unos días.

El angiofibroma se puede reproducir por lo que es necesaria la revisión periódica de la zona.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mejoría de la respiración nasal, de la secreción de moco, de las hemorragias, del dolor de cabeza. Como prevención de las complicaciones derivadas del crecimiento inevitable del tumor.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No existe un tratamiento alternativo de contrastada eficacia, al tratamiento quirúrgico.

En lo relativo a las técnicas utilizadas, éstas son diversas, dependiendo del tamaño y la localización del tumor. Su médico le informará y aconsejará según su caso, para que de forma conjunta tomen la mejor opción.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN es previsible que el angiofibroma aumente de tamaño lo que producirá: mayor dificultad respiratoria nasal, aumento de la secreción de moco y de las hemorragias nasales, deformidad nasal y facial e invasión de las cavidades que se encuentran situadas alrededor de la fosa nasal, tales como los senos, la órbita o la cavidad craneal, pudiendo producir, a ese nivel, complicaciones extremadamente graves.

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 podría precisar la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio del mismo.

- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado aspirador-coagulador que es, en realidad, un bisturí eléctrico. Con él cauteriza los vasos que están sangrando. Se debe mantener un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, aún y así cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del paciente.

- Respecto 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, sensación de sequedad y formación de costras de moco, que precisan lavados nasales y administración de pomadas.

- Pérdida de alguna pieza dentaria como consecuencia del abordaje quirúrgico.

- Cefaleas (dolor de cabeza) de intensidad y localización variables, como secuelas.

- Alteraciones de la sensibilidad facial, tales como una cierta anestesia de la región de la mejilla.

- Dolor en la zona que suele mejorar con el paso del tiempo.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Fístulas, es decir pérdidas de líquido cefalorraquídeo (que es el líquido que rodea al cerebro dentro de la cavidad craneal). Estas pérdidas desembocan hacia el interior de la fosa nasal, oído o la faringe. Ello exigiría dependiendo de su permanencia y volumen una nueva intervención quirúrgica.

- Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades vecinas que rodean la fosa nasal, tales como los senos o la cavidad craneal, con la consiguiente aparición de sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.

- 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.)

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.: _____