

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 CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

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 y que está formado, en buena medida, por vasos sanguíneos, por lo que se trata de una tumoración muy sangrante.

Por ello, la intervención quirúrgica requiere de la llamada 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 utilizando endoscopios rígidos.

CÓMO SE REALIZA:

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

La vía de abordaje es variable dependiendo del tamaño y la localización del tumor: si está bien delimitado el abordaje podrá realizarse a través de las fosas nasales, utilizando los endoscopios rígidos, que permiten un control visual preciso del campo quirúrgico. No obstante, en algunas ocasiones iniciada la cirugía por el interior de la nariz, si las características del tumor así lo requieren, en la misma intervención se realiza otra vía de abordaje que permita acceder mejor a determinadas regiones anatómicas.

Dado que el angiofibroma es un tumor vascular existe el riesgo de sangrado profuso y puede ser necesaria una transfusión de sangre.

Al finalizar la intervención quirúrgica, se coloca un taponamiento en la fosa nasal, que se mantiene durante varios días, raramente más allá de los 4 días.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

En raras ocasiones puede desplazarse hacia la garganta: ello requerirá su extracción y reemplazamiento dependiendo del estado de la cavidad operatoria.

En ocasiones, pueden emplearse taponamientos de material reabsorbible, que se eliminará de forma espontánea en el curso de las semanas posteriores a la intervención.

El angiofibroma tiene cierta tendencia a la reproducción por lo que se hacen necesarios controles periódicos durante los años posteriores a la intervención.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La extirpación del tumor conllevará una mejoría de la respiración nasal, de la secreción de moco, de las hemorragias, del dolor de cabeza y como prevención de las complicaciones derivadas del crecimiento del tumor.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No existe un tratamiento alternativo de contrastada eficacia.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN, es previsible que el angiofibroma aumente el tamaño produciendo un aumento de la 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, las órbitas o la cavidad craneal, produciendo complicaciones extremadamente graves y de difícil solución.

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 endonasal, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a
- pesar del mismo. Puede exigir la revisión de la cavidad operatoria para localizar y controlar el vaso
- sangrante así como precisar realizar un nuevo taponamiento. Si el sangrado ha sido importante

- puede ser necesaria una transfusión sanguínea.
- Infección de la cavidad quirúrgica y de los senos paranasales es posible como consecuencia de la
- alteración del drenaje y la ventilación secundaria a la inflamación y taponamiento. La propagación
- de dicha infección a la cavidad craneal u orbitaria depende, en gran parte, de que exista una
- comunicación entre aquellas y la fosa nasal. En el caso de que se produzca un absceso, se realizará un drenaje quirúrgico.
- Cefalea (dolor de cabeza) en los primeros días postoperatorios pero raramente persiste a largo plazo.
- En la fosa nasal pueden aparecer: perforaciones del tabique, sinequias (cicatrices anómalas entre las
- paredes externa y medial), pérdida parcial o total del olfato, sensación de sequedad, formación de
- costras y mucosidades espesas, que precisarán lavados nasales y curas tópicas que pueden ser muy
- prolongadas o incluso permanentes.
- LOS MÁS GRAVES:
 - Hemorragia por afectación de un vaso del interior de la órbita, requiere una intervención urgente
 - para descomprimir el globo ocular y evitar la ceguera. Esta intervención urgente se puede hacer por vía endonasal pero en algunas ocasiones, debe realizarse a través de una incisión realizada en la piel que rodea la órbita.
 - Visión doble temporal o permanente por lesiones de la musculatura ocular.
 - Ceguera del ojo afectado en el postoperatorio inmediato cuando el tumor rodea o comprime el nervio óptico.
 - Infecciones del contenido orbitario si durante la intervención es necesario penetrar en la órbita.
 - Fístulas o fugas del líquido que circunda al cerebro dentro de la cavidad craneal (líquido cefalorraquídeo) hacia el interior de la fosa nasal; ello se debe a la presencia de una
 - comunicación entre la cavidad craneal y la fosa nasal creada por el mismo tumor o producida
 - durante su extirpación. Su reparación es quirúrgica y se realiza preferentemente desde el interior de la fosa nasal bajo control endoscópico. El material que se utiliza para cerrarla puede obtenerse de diversas partes del cuerpo (cartílago septal, cartílago del pabellón

auricular, grasa abdominal, etc.). También puede usarse material previamente preparado tal como fascia liofilizada.

- 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.: _____
