

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 (*) FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES**

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:**

La intervención consiste en tratar de reconstruir la forma de los huesos de la nariz previa al traumatismo (al golpe), para así ayudar a la cicatrización de las lesiones del hueso en una posición más favorable y en el menor tiempo posible.

Sólo tienen indicación quirúrgica aquellas fracturas con desplazamiento óseo que modifiquen la forma de la nariz o aquellas que ocasionen dificultad para respirar; es decir, aquellas fracturas que resulten en una alteración estética y/o funcional para el paciente.

La deformidad nasal o dificultad respiratoria previa al traumatismo no puede ser corregida con este tipo de tratamiento.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención a la que usted va a someterse se realiza casi siempre bajo anestesia general.

La cirugía consiste en una reducción de los huesos fracturados, taponar la parte anterior de las fosas nasales y colocar de una férula (protección) de escayola o metálica sobre el dorso de la nariz. El taponamiento permanece de dos a cuatro días (durante ese período deberá respirar por la boca) y la férula deberá tenerla de siete a diez días.

En ciertos casos, una fractura de huesos propios nasales puede estar asociada a otras fracturas faciales o a heridas faciales. Siempre que esté indicado su tratamiento y sea posible, se procederá a la reparación de estas lesiones asociadas.

Esta cirugía no debe demorarse más de siete a diez días después del traumatismo, pasado este período los huesos consolidan en la posición en la que se encuentran y resulta muy complicado que vuelvan a su posición original.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Edema facial y dificultad respiratoria, que normalmente desaparecen al cabo de unas semanas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Con esta cirugía se intenta devolver la función y forma de la nariz previa al traumatismo.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No realizar la cirugía.

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:**
 - Edema o hematoma facial: Muy acentuado en los primeros días tres días tras la intervención, después comienza a remitir.
 - Dificultad para la respiración nasal: En los primeros días debido al taponamiento y después por la hinchazón propia de la manipulación de las estructuras nasales.
 - Pérdida de la sensibilidad: Existe la posibilidad de adormecimiento, normalmente transitorio, de la piel del dorso nasal.
 - Alteraciones de la vía aérea nasal: Pueden ocurrir cambios que interfieran en el paso normal del aire a través de la nariz, secundarios tanto a la cirugía como al traumatismo causante de la fractura.
 - Perforación del tabique nasal: Existe la posibilidad (rara) de que el paciente desarrolle una perforación del tabique nasal secundaria al traumatismo y/o cirugía. En algunos casos puede ser imposible reparar esta complicación.
- **LOS MÁS GRAVES:**
 - Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre.
 - Hematoma: La acumulación de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.
 - Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
 - Cicatrización: Quedarán cicatrices en la piel en caso de que sea necesario cortarla en algún punto. En algunos casos pueden producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas, de distintos tamaños y volúmenes o de color diferente al de la piel circundante.

- Lesión de estructuras profundas: Estructuras profundas, como nervios, conductos lacrimales, vasos sanguíneos y músculos pueden ser dañados durante el curso de la cirugía. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.
- Resultado insatisfactorio: Existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio después de esta intervención. El traumatismo y/o la cirugía pueden producir deformidades visibles o palpables, pérdida de función o mala posición estructural. El paciente puede necesitar cirugía adicional si el resultado es insatisfactorio.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Las personas fumadoras tienen más posibilidades de tener complicaciones en la cicatrización por el déficit en la circulación.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Una fractura de los huesos propios nasales puede aparecer en el contexto de un paciente politraumatizado. La reducción de la fractura nasal, como hemos explicado anteriormente, debe realizarse durante los primeros días siguientes al traumatismo, siempre y cuando el estado general del paciente, así como sus lesiones asociadas lo permitan.

En caso de no poder reducir la fractura, se puede valorar, posteriormente, la corrección de la secuela resultante.

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 CIRUGÍA PLÁSTICA
------------------	------------------------------

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 CIRUGÍA PLÁSTICA
------------------	------------------------------

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.: _____