

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 (*) RESECCIÓN DE SINEQUIA 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:**

Las sinequias nasales son adherencias entre ambas paredes de la fosa nasal, llamadas paredes laterales y la medial o septal.

Su origen puede ser muy diverso: infecciones sufridas con anterioridad, intervenciones quirúrgicas, taponamientos nasales, colocación de sondas de alimentación o aspiración, cauterizaciones nasales, etc. , entre las más habituales.

En muchos casos pasan desapercibidas pero, en otros, pueden producir síntomas, como obstrucción nasal o formación de costras.

Esta intervención consiste en la extirpación de estas adherencias localizadas en las paredes de la nariz.

CÓMO SE REALIZA:

La extirpación de la sinequia se realiza con métodos muy diversos en función de la magnitud y la localización de la lesión como, por ejemplo, extirpación mediante bisturí convencional, bisturí eléctrico o láser de CO₂

La intervención se puede realizar bajo anestesia local o general, en función de la magnitud y localización de la lesión. El especialista y el Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará al respecto.

En ocasiones, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el tabique nasal. Estas láminas quedan sujetas mediante una sutura y no suele superar las tres semanas de permanencia.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Al finalizar la intervención, según valoración del especialista, la extensión, y la zona específica tratada, se puede colocar un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable que raramente será inferior a los 2 días, ni superior a los 7 días. Este taponamiento nasal ocasionará molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta, entre otras. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos nasales se asocian con antibióticoterapia oral para evitar infecciones de la propia nariz o de los senos.

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

En raras ocasiones, el taponamiento se puede desplazar, por la parte posterior de las fosas nasales, hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Dicho taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

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, aunque deben desaparecer tras las primeras 24 horas del postoperatorio.

Retirado el taponamiento nasal, en el postoperatorio es recomendable la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico o soluciones similares, para favorecer la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mejoría en la permeabilidad nasal y desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No se conocen otros métodos de eficacia contrastada para el tratamiento de la sinequia de las fosas nasales.

En caso de no efectuarse esta intervención, cuando está indicada, el paciente continuará con insuficiencia respiratoria nasal, de forma permanente.

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:**

- Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos, aparecerá entonces una rinosinusitis.
- Cefaleas (dolor de cabeza) de intensidad y localización variables.
- En la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, que pueden producir un ruido característico, esencialmente, si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar 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 con vaselina para mejorar los síntomas de la sequedad nasal.
- Hemorragia nasal, que obliga a revisar el taponamiento nasal previamente colocado. A veces requiere sustituirlo por otro que garantice una mayor presión. De forma excepcional, puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.
- Que persistan o se reproduzcan las sinequias: las que afectan al techo nasal o el suelo de la fosa nasal en su porción mas anterior tienen siempre peor resultado quirúrgico y recidivan mas frecuentemente.
- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el bisturí eléctrico. Con él realiza cortes 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 intervenida.
- Que persista la dificultad respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal o sufrir la formación de costras, durante un periodo de tiempo relativamente largo e, incluso, con carácter permanente.
- Podrían aparecer trastornos deficitarios del olfato.

- **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.)

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.: _____