

**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 (\*) ABORDAJE TRANSFACIAL**

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:**

Esta técnica quirúrgica consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas, proporcionando una amplia vía de acceso a las regiones posteriores de la cara, sin cicatrices externas e intentando conservar al máximo la funcionalidad de las fosas nasales y los senos paranasales.

Esta técnica quirúrgica está indicada en el tratamiento de lesiones situadas tras las fosas nasales. También se utiliza con fines diagnósticos definitivos

**CÓMO SE REALIZA:**

La intervención se lleva a cabo con anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

Llamamos Degloving a la técnica quirúrgica que consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas, a través de unas incisiones realizadas en las encías y el interior de la nariz.

Al final de la intervención se coloca un taponamiento nasal durante un periodo variable de tiempo, por lo general entre 2 y 7 días.

Esta técnica no es útil si las mencionadas lesiones afectan la porción más alta de dicho espacio (llamado seno frontal) o las lesiones que penetran ampliamente en la órbita.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

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.

Durante los primeros días puede aparecer un hematoma en la cara y en el ojo. Durante este periodo el paciente debe evitar sonarse la nariz con violencia, ya que podría impulsar el aire a través de la herida, provocando el llamado enfisema facial (la penetración de aire dentro de los planos cutáneos de la cara).

En el postoperatorio es muy importante la realización de lavados de la fosa nasal con suero fisiológico para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal y el drenaje de las lágrimas.

Tras la intervención se observa una inflamación 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.

También se puede presentar una pequeña hemorragia tanto a través de la nariz, como de la garganta, que suele ceder en unas horas si la capacidad de coagulación del paciente es normal. En caso de persistir la hemorragia hay que efectuar una mayor compresión local revisando el taponamiento existente o mediante un nuevo taponamiento nasal.

En caso de aparecer una hemorragia por la nariz o por la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa con la que se realiza el taponamiento nasal por la parte posterior de la fosa nasal hacia la garganta provocando molestias y náuseas, que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro si es preciso. El taponamiento nasal hace que el paciente respire por la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de garganta.

La resección del paladar requerirá un proceso de reconstrucción en la misma intervención quirúrgica o en un segundo tiempo quirúrgico, mediante colgajos cutaneomusculares trasladados desde otras zonas del cuerpo o mediante prótesis implantables.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

En el diagnóstico definitivo y curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias y prolongando la esperanza de vida en los tumores malignos.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

En el caso de la técnica quirúrgica, existen diversas vías de acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y la porción posterior de las fosas nasales, llamada rinofaringe. Cada una de ellas tiene sus peculiaridades. Su médico le informará y aconsejará lo más conveniente en sus circunstancias, para que de forma conjunta tomen la mejor opción en su caso.

Otras alternativas son la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, asesorado por un comité de especialistas, le informará y aconsejará lo más conveniente en sus circunstancias, para que de forma conjunta tomen la mejor opción en su caso.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN cuando está indicada, el crecimiento del tumor dentro de las fosas nasales y los senos paranasales puede provocar la destrucción progresiva de las estructuras adyacentes con posible afectación cerebral, de la vía óptica o de la órbita.

Si la lesión es maligna, la demora en el tratamiento puede condicionar que, posteriormente, no sea operable. Si la lesión tiene un importante componente vascular, hay riesgo de hemorragia que puede poner en peligro la vida del paciente.

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 exigiría la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio de taponamiento, incluso una transfusión sanguínea.

- 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 o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del paciente.

- Cefaleas (dolor de cabeza) de intensidad y localización variable, pueden quedar como secuelas.

- Alteraciones de la sensibilidad facial: suele persistir una cierta anestesia de la región del pómulo y, eventualmente, puede aparecer dolor en este territorio, que suele mejorar con el paso del tiempo.

- En relación con la fosa nasal: pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias (bridas o adherencias entre las paredes de la fosa nasal) y trastornos de la olfacción (acto de oler).

- Gran tendencia a la formación de costras a lo largo del tiempo, con las lógicas molestias y mal aliento secundario a las mismas.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, tales como los senos o la cavidad craneal. Puede producirse entonces sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.

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

- 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.: \_\_\_\_\_