

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 (*) LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL NERVI0 FACIAL DEL LADO

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:

Consiste en intentar reparar una parálisis facial por medio de descompresión del nervio o por medio de la unión de sus dos extremos seccionados.

Sirve para intentar recuperar la movilidad de la mitad de la cara afectada.

CÓMO SE REALIZA:

El procedimiento se realiza bajo anestesia general. El servicio de anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

La intervención se inicia mediante una incisión detrás del pabellón auricular (oreja).

Después es necesario disecar el nervio de la envoltura de hueso que lo contiene para valorar de forma adecuada la lesión y tratarla. Se hará el tratamiento quirúrgico según la lesión del nervio.

En ocasiones sólo es necesario liberar el nervio facial de la envoltura del hueso que lo contiene dentro del oído.

En otros casos, si se encuentra interrumpido el trayecto del nervio, puede ser necesaria la extracción de pequeñas porciones de nervios de otras zonas del organismo –como, por ejemplo, del cuello– a fin de utilizarlos como injertos del nervio facial dañado.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como pegamentos biológicos esponjas sintéticas y reabsorbibles, prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

El conducto auditivo debe mantenerse ocluido (tapado) durante unos días. Los puntos de sutura se suelen retirar a la semana.

Su estancia en el hospital dependerá del tipo de molestias que aparezcan en esos primeros días tras la intervención.

Posteriormente, se realizarán revisiones en consulta ambulatoria. En ocasiones este tipo de intervenciones requieren diversos ejercicios de rehabilitación, masajes, etc.

La motilidad del territorio inervado no se suele recuperar con carácter inmediato tras la intervención quirúrgica. Mientras no se recupere la función del nervio, como quiera que no se pueda ocluir el párpado, es conveniente proteger el ojo afectado con una gasa, durante la noche, y bajarse el párpado uno mismo, con la mano, con frecuencia, a lo largo del día, para evitar que se reseque. Se pueden aplicar, con el mismo fin, colirios, pomadas, lágrimas artificiales, etc. También es frecuente que haya más lagrimeo de lo habitual.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Tras la intervención se suele dejar un vendaje, que puede mancharse de sangre en las primeras horas, por ser una zona muy vascularizada, lo que no reviste ninguna importancia. Pueden aparecer vértigos, vómitos, ruidos en el oído, sensación de taponamiento de oído, picor y molestias. Todo ello es normal y suele ceder espontáneamente, o con el tratamiento adecuado.

El conducto auditivo debe mantenerse ocluido (tapado) durante unos días. Los puntos de sutura se suelen retirar a la semana.

Su estancia en el hospital dependerá del tipo de molestias que aparezcan en esos primeros días tras la intervención.

La motilidad del territorio inervado no se suele recuperar con carácter inmediato tras la intervención quirúrgica. Mientras no se recupere la función del nervio, como quiera que no se pueda ocluir el párpado, es conveniente proteger el ojo afectado con una gasa, durante la noche, y bajarse el párpado uno mismo, con la mano, con frecuencia, a lo largo del día, para evitar que se reseque. Se pueden aplicar, con el mismo fin, colirios, pomadas, lágrimas artificiales, etc. También es frecuente que haya más lagrimeo de lo habitual.

La valoración correcta y el tratamiento quirúrgico apropiados del nervio facial pueden facilitar la recuperación de las funciones del nervio. No obstante, aún a pesar de que la intervención quirúrgica haya sido realizada con corrección, el nervio puede estar definitiva e irreversiblemente dañado, por lo que no se recuperaría el movimiento de los músculos de la cara, así como otras funciones del nervio facial.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mejoría en el movimiento de los músculos de la cara u otras funciones del nervio facial. Y acortamiento del tiempo de recuperación.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Cabe la posibilidad de que el proceso patológico del nervio facial pueda curar espontáneamente o mediante otros tratamientos, como el tratamiento médico o el fisioterapéutico.

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:**

- Es posible que, aún realizada la intervención quirúrgica con absoluta corrección, la función del nervio facial no se recupere total o parcialmente. Por ello, sus diversos cometidos puedan quedar temporal, parcial, momentánea o definitivamente afectados.
- Que persista, de manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.
- Que las estructuras del oído, tales como el tímpano, es posible que hayan quedado dañadas, por lo que, en ese caso, existiría una pérdida de audición y, además, no podría penetrar agua en el interior del oído.
- Pueden aparecer acúfenos (ruidos en el oído) que pueden quedar como secuela definitiva, vértigos de duración variable, disgeusia (alteraciones en la sensación gustativa), infecciones tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos cerebrales, y alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular.

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 en la espalda del paciente.

De forma excepcional, la audición podría perderse comple e irreversiblemente.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- De forma excepcional, existe la posibilidad de que el nervio facial deba ser abordado por otra vía diferente de la inicialmente proyectada, según los hallazgos durante la intervención quirúrgica.
- Hemorragia de vasos cercanos que puede necesitar una nueva intervención para controlarse.

- Infección en la zona operada que puede diseminar por vía sanguínea y producir septicemia grave.

- 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 OTORRINOLARINGOLOGIA
-------------------------	---

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.: _____
