

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 (*) TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS NASOSINUSAL 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:

La cirugía endoscópica nasosinusal es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos en fosas nasales y senos paranasales.

Su abordaje con ayuda de endoscopios, consigue una excelente iluminación de las cavidades, un mejor control visual y un tratamiento más preciso de las lesiones nasales.

En el acto quirúrgico se pretende localizar el punto de origen de la hemorragia y, si es necesario, la extirpación de las lesiones causantes de ésta, respetando al máximo la mucosa que tapiza las fosas nasales e intentando conservar al máximo su funcionalidad.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención se puede realizar bajo anestesia general. En casos muy seleccionados con hemorragias poco cuantiosas, se puede emplear la anestesia local asociada con sedación y analgesia del paciente. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

La técnica quirúrgica se realiza a través de los orificios de las fosas nasales, por lo que no suele quedar ninguna cicatriz externa.

Una vez localizado el punto sangrante, el cirujano intentará su hemostasia (detención de la hemorragia) utilizando diferentes técnicas, como la coagulación, la compresión, la colocación de material coagulante reabsorbible o la lligadura del vaso responsable.

Tras la intervención se coloca un taponamiento nasal durante un tiempo variable, que por lo general oscila entre uno y cuatro días.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

El paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas, si el paciente no tiene trastornos de la coagulación.

En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento por la parte posterior de la fosa nasal hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas. Se soluciona retirándolo y colocando otro si es preciso.

Después de la intervención, puede aparecer dolor en fosa nasal, con irradiación a la región facial y craneal. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento.

Durante los primeros días puede aparecer un hematoma en la cara y en el entorno del ojo.

La epistaxis podría repetirse un tiempo después, en ausencia de enfermedades hematológicas o de la mucosa nasal, aunque no es lo habitual. En caso de presentarse una nueva hemorragia por la nariz o por la boca, el paciente deberá acudir al hospital para una nueva valoración y tratamiento.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La detención de la hemorragia y la posible solución de las causas que hubieran podido producirla.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

El tratamiento de la hemorragia es complejo y puede requerir maniobras muy diversas que pueden ser efectivas, como el taponamiento nasal anterior, el posterior, la cauterización química, la embolización arterial, la ligadura arterial y otros muchos. Su especialista le informará y aconsejará sobre el procedimiento y de forma conjunta decidirán lo más conveniente para usted.

En caso de no efectuarse esta intervención, cuando está indicada, puede persistir la hemorragia nasal, lo que puede producir la disminución del volumen de la sangre del organismo, y como consecuencia, el llamado shock hipovolémico e incluso la muerte.

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:

- Puede persistir la hemorragia. Se realizará una revisión de la fosa nasal sangrante y, si es necesario, pueden adoptarse otras medidas, como la coagulación, ligadura o embolización de las arterias que aportan el riego a la fosa nasal (por ej. la llamada arteria esfenopalatina). Si la hemorragia ha sido muy importante, pueden ser necesarias transfusiones sanguíneas.
 - Con frecuencia durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado aspirador-coagulador que es, en realidad, un bisturí eléctrico. con él cauteriza los vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmero 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.
 - Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades sinusales debido a las alteraciones del drenaje y de la ventilación de los senos paranasales.
 - En la fosa nasal pueden aparecer: perforaciones del tabique nasal, sinequias o cicatrices anómalas entre las paredes de la fosa nasal, trastornos de la olfacción, sensación de sequedad y formación de costras de moco, que precisan lavados nasales y curas de la zona.
- **LOS MÁS GRAVES:**
 - Complicaciones oculares: como visión doble, infección de la órbita, e incluso ceguera por afectación del nervio óptico. Ocurre de forma excepcional.
 - **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 _____
 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.: _____
