

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEPTOPLASTIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en corregir la deformación del hueso y el cartílago que dividen el espacio entre las fosas nasales, conocido como tabique. Para ello, se realizan varios cortes pequeños en el interior de la nariz para poder extirpar, remodelar y reponer los fragmentos de cartílago o de hueso que no se hallan en la posición correcta.

En algunos casos, puede ser necesario colocar una o varias láminas de material sintético que abrazan el tabique nasal, sujetas mediante suturas durante unos días.

Al finalizar la cirugía se coloca un tapón en la nariz para evitar la hemorragia.

Esta cirugía se suele realizar con anestesia general.

La finalidad del procedimiento es mejorar la respiración del paciente causada por la deformación del tabique nasal y los síntomas relacionados con dicha dificultad respiratoria nasal.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes y leves:

- Dolor en las fosas nasales, en la cara y en la cabeza.
- Hematomas en la cara y/o en los párpados.
- Sangrado a través de la nariz o la garganta que suele disminuir en unas horas.
- Molestias o náuseas en la garganta por el desplazamiento de la gasa del tapón.
- Vómitos con sangre y coágulos que se han tragado.
- Sequedad en la boca y formación de costras de moco.
- Adherencias entre las paredes de las fosas nasales.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Hemorragia nasal o bucal tras la intervención quirúrgica, rara vez tiene cierta intensidad, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal.
- Infección en la zona operada o, en casos más graves, en el cerebro, lo que puede causar síntomas como rinitis, sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.
- Dolor o adormecimiento en la mejilla e, incluso, la falta de sensibilidad en los dientes superiores, por lesión accidental del nervio infraorbitario.
- Perforación del tabique nasal.
- Atrofia de la fosa nasal con la aparición de costras nasales y alteraciones del olfato.
- Complicaciones oculares, tales como visión doble, o inflamación de los párpados, o del resto de la cara.

- Fistulas o fugas del líquido que rodea al cerebro (líquido cefalorraquídeo), hacia la nariz o la garganta.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados. Si el sangrado continúa o es muy fuerte, el paciente deberá ir al hospital para que le revisen y le den un tratamiento adecuado.
- Movilización accidental de las estructuras de la pirámide nasal a lo largo del período de cicatrización, lo que produciría defectos estéticos en el período postoperatorio.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| ☐ No tiene | ☐ Diabetes | ☐ Obesidad | ☐ Hipertensión |
| ☐ Anemia | ☐ Edad Avanzada | ☐ Tabaquismo | ☐ Tratamiento anticoagulante |

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "SEPTOPLASTIA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: