

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CIERRE DE PERFORACIÓN SEPTAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El cierre quirúrgico de una perforación septal es una intervención que se hace para arreglar un agujero en el tabique de la nariz. Cuando hay una perforación, puede causar molestias como sangrado, costras, dificultad para respirar por la nariz, silbidos al respirar, sequedad, problemas con el olfato e incluso dolor en la cara.

Durante el procedimiento, el cirujano utiliza técnicas especiales para cerrar la perforación. Esto puede incluir levantar una pequeña porción de tejido de la misma nariz, conocido como un colgajo, o bien extraer tejido de otra parte del cuerpo del paciente, como la oreja, el cartílago del tabique, o incluso hueso de la costilla o la cadera. Otras veces se hace un abordaje endonasal y externo combinado para adquirir un colgajo de pericráneo de zona frontal. Este tejido se coloca cuidadosamente sobre el agujero para taparlo y permitir que la nariz sane de manera adecuada.

En algunos casos, también se usan materiales artificiales o de otros donantes si se considera necesario. Además, puede colocarse un pequeño tapón en la nariz para ayudar a que la zona cicatrice bien y, en algunos casos, se colocan láminas de material sintético alrededor del tabique para mayor estabilidad, que se mantienen durante unas semanas.

La operación se hace generalmente en una sola sesión, aunque a veces puede requerir más de una, dependiendo del tamaño del agujero o si los intentos anteriores no funcionaron. Se realiza con anestesia general.

La finalidad de esta cirugía es cerrar ese agujero para que la nariz funcione mejor y se sienta más cómoda.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta, debido al taponamiento.
- Sangrado nasal leve.
- Vómitos sanguinolentos con coágulos.
- Hematoma en la cara y/o en los párpados.
- Sequedad nasal.
- Formación de costras en la nariz.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Persistir o incrementar la perforación nasal.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados, o taponamientos posteriores.
- Infección de la cavidad operatoria y/o de las cavidades que rodean la nariz como rinosinusitis.
- Cefaleas de intensidad variable que pueden quedar como secuela.
- Trastornos del sentido del olfato.
- 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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Colocación de un botón septal, que suele tener una efectividad limitada.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE CIERRE DE PERFORACIÓN SEPTAL"

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: