

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE HEMATOMA Y/O ABSCESO DEL TABIQUE NASAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El tabique nasal es la pared que divide las dos fosas nasales. A veces, después de un golpe en la nariz o de una cirugía, pueden romperse pequeños vasos sanguíneos en esta zona, lo que provoca la acumulación de sangre. Esto se conoce como hematoma del tabique. Si esa sangre se infecta, se forma un absceso, que es una acumulación de pus.

El tratamiento para ambos casos consiste en drenar (vaciar) la sangre o el pus acumulado. Para ello, se hace una pequeña incisión o punción en el tabique nasal.

En algunos casos, puede ser necesario dejar un drenaje (como una mecha de gasa) para mantener abierta la zona y facilitar la curación. También se realizan curas locales para evitar infecciones.

Después de la intervención, se suele colocar un taponamiento nasal durante un tiempo variable. A veces, también se colocan láminas de material sintético a ambos lados del tabique, sujetas con un punto de sutura, para mantener la forma y ayudar a la recuperación.

Esta intervención puede hacerse con anestesia local o general, según el caso.

La finalidad es eliminar el hematoma o el absceso, mejorar la respiración, prevenir complicaciones como infecciones, deformidades o problemas respiratorios.

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:

- 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 graves:

- Reaparición del hematoma o absceso.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que excepcionalmente puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Aparición de fístulas de líquido cefalorraquídeo.
- Perforaciones del tabique nasal.

- Cicatrices anómalas entre las paredes de las fosas nasales.
- Infección de la cavidad operatoria y/o de las cavidades que rodean la nariz.
- Trastornos del sentido del olfato.
- En niños estas complicaciones pueden alterar el crecimiento y desarrollo normal de la nariz.
- 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 "CIRUGÍA DE HEMATOMA Y/O ABSCESO DEL TABIQUE NASAL"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: