

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SEPTUMPLASTIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de las deformidades del tabique nasal. Se efectúa bajo anestesia general y consiste, básicamente, en la extirpación, remodelación y reposición de los fragmentos de cartílago o de hueso que no se hallan en la posición correcta y que son responsables de las alteraciones en el funcionamiento nasal. Esta intervención se realiza mediante una o varias incisiones que se realizan en el interior de las fosas nasales. En ocasiones, y a criterio del cirujano, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el septo nasal, sujetas mediante una sutura, durante unos días.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Mejoría de la respiración nasal causada por un problema mecánico y de los síntomas relacionados con dicha dificultad respiratoria nasal.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No se conocen procedimientos de contrastada eficacia

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Tras la intervención se suele colocar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un tiempo variable. El taponamiento suele ocasionar molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos pueden tener que asociarse a antibioterapia oral para evitar infecciones nasosinuales.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento que se considera normal. En raras ocasiones, se puede desplazar hacia atrás el taponamiento, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación de molestias y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. El mencionado taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Puede presentarse dolor en la región nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, deben desaparecer tras las primeras 24 h de postoperatorio. Puede aparecer, excepcionalmente, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular.

RIESGOS FRECUENTES

Una de las complicaciones más frecuentes es la **hemorragia**, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar del mismo. A veces requiere sustituirlo por otro que garantice algo más de presión. Excepcionalmente, pueda ser necesaria la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general y el cambio del taponamiento. También puede acumularse sangre en la zona quirúrgica y producir un hematoma que requiera drenaje quirúrgico. Eventualmente pueda requerirse una transfusión sanguínea.

Puede aparecer una **infección** de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, lo que se conoce como una rinosinusitis. En algunos casos, al manipular las zonas óseas del tabique nasal se fractura el fino hueso de la base del cráneo y se produce salida de líquido cefalorraquídeo. La reparación de esta fistula puede requerir un procedimiento quirúrgico añadido. Se han descrito, de forma excepcional, casos de lesiones intracraneales cerebrales por fracturas ósea del etmoides.

En ocasiones, puede permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables. En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, más frecuentes en las reintervenciones. Estas perforaciones pueden producir un ruido o un silbido característico. Con frecuencia pueden dar lugar a una cierta tendencia a la formación de costras y a un sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal. Pueden formarse **sinequias -bridas** entre las paredes de la fosa nasal-, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio. Pueden aparecer también, trastornos de la olfacción. Puede, también, producirse un defecto estético, por hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal. En algún caso, se ha señalado el cambio de color de alguna pieza dentaria.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SEPTUMPLASTIA

*RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE*

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

*ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)*

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **SEPTUMPLASTIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **SEPTUMPLASTIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO
FIRMA Y SELLO MÉDICO