



Consentimiento Informado para
Cirugía de Septoplastía

Consentimiento Informado para Cirugía de Septoplastía

Consentimiento Informado para Cirugía de Septoplastía

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para:
SEPTOPLASTÍA.

INFORMACIÓN GENERAL

La Septoplastía es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad corregir una desviación del tabique nasal, estructura que separa las dos fosas nasales. El propósito habitual es mejorar la respiración nasal, pero también puede ser requerida para mejorar la visualización del interior de la nariz en el tratamiento de pólipos, inflamaciones, tumores o hemorragia.

Cuando el tabique nasal está desviado, no hay medicamentos que lo corrijan, y la cirugía es la única solución a este problema. La intervención se realiza generalmente a través de los orificios nasales, por lo que no deja cicatrices externas. Ocasionalmente se requiere de un abordaje externo, a través de una incisión transcolumelar que deja una cicatriz en la región inferior de la nariz que habitualmente no es notoria.

La intervención se realiza bajo anestesia general. Después de la intervención se puede colocar según las características del paciente y el criterio del cirujano, un taponamiento nasal durante algunos días por lo que tendrá que respirar, a lo largo de ese tiempo, por la boca. Tras la intervención el paciente puede presentar una pequeña hemorragia tanto por las fosas nasales como por la faringe que suele ceder en unas horas si la hemostasia - capacidad de coagulación- es normal.

En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una compresión local mediante un nuevo taponamiento nasal y requerir una revisión bajo anestesia general. En raras ocasiones se puede deslizar la gasa con la que se ha realizado el taponamiento nasal por la parte posterior de la fosa nasal, provocando una sensación de cuerpo extraño y náuseas, que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. En este último caso, el paciente puede sufrir sensación de sequedad y de pesadez de cabeza, que aparecen al tener que respirar continuamente por la boca.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN el paciente continuará con insuficiencia respiratoria nasal de forma permanente.

Beneficios esperables

Mejoría en la ventilación nasal y desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal.

Procedimientos alternativos

No se conocen otros métodos de eficacia contrastada cuando el tratamiento médico ya no es efectivo.

Riesgos específicos más frecuentes de este procedimiento

Puede aparecer una hemorragia nasal. Asimismo puede aparecer una infección en el periodo postoperatorio.

Cabe la posibilidad de que aparezcan las llamadas sinequia adherencias entre ambas paredes de la fosa nasal-.

Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal, que continúe la desviación del tabique nasal, que desarrolle una perforación del tabique nasal, cambios en el aspecto nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal o sufrir la formación de costras.

Podrían aparecer una hiposmia disminución de la capacidad del olfato y una atrofia nasal a largo plazo. Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general.

El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones de este tipo.

En general el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad y la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
SEPTOPLASTÍA.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).