



Dr. Chozas Rivera  
Otorrinolaringólogo

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE **SEPTOPLASTIA**

Nombre y Apellidos :

Edad            D.N.I                            Fecha :

Médico informante Dr. Chozas Rivera. N° de Colegiado 4.443.

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada SEPTOPLASTIA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

### **BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

Llamamos septoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de las deformidades del tabique nasal. Se efectúa bajo anestesia general y consiste en extirpar los fragmentos de cartílago o hueso que alteran la posición normal del tabique nasal en la línea media.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la parte interna de la nariz, a través de la cual se extraen dichos fragmentos. Posteriormente, se lleva a cabo un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable, unas 24-72 horas, lo que ocasionará molestias, tales como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con calmantes y pequeños sorbos de agua.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal. En los días siguientes a la retirada del taponamiento, se evitará sonarse bruscamente la nariz y se aplicará la medicación indicada en el informe de alta.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.

**BENEFICIOS ESPERABLES:** Mejoría de la ventilación nasal y de los síntomas relacionados con la dificultad respiratoria nasal.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** No se conocen procedimientos de contrastada eficacia.

### **RIESGOS ESPECIFICOS MAS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO**

Al margen de los riesgos atribuibles a la anestesia general sobre los que es preferible que le informe su anestesista, se pueden producir complicaciones en aproximadamente un 2% de las septoplastias. En estos casos puede ocurrir:

1. Hemorragias. Pueden ocurrir tras la retirada del taponamiento. No suelen ser graves y requieren colocación de nuevo taponamiento

2. Hematoma (acumulación de sangre entre las dos capas de mucosa que cubren al tabique). Se soluciona realizando una pequeña incisión para drenar la sangre acumulada.
3. Absceso o infección de un hematoma. Su tratamiento consiste en el drenaje del líquido infectado y la protección antibiótica.
4. Perforación de tabique. Es extremadamente raro, pero puede producirse una perforación que comunique ambos lados de las fosas nasales. Si la perforación es pequeña puede ser fácilmente solucionada, pero cuando es grande es de difícil solución, y el paciente nota una respiración nasal ruidosa y formación de costras (mucosidad seca).
5. Sinequias, es decir, adherencias entre el tabique y la pared lateral de la fosa nasal en forma de puente que pueden dificultar la respiración nasal. Son de fácil solución, simplemente seccionando el puente bajo anestesia local en la misma consulta. Suelen aparecer cuando se practica en el mismo acto quirúrgico una polipectomía o una cirugía de cornetes.
6. Parestesias (adormecimiento) de dientes superiores. Cuando ocurren suelen ser transitorias cediendo a las varias semanas.
7. Persistencia de la insuficiencia respiratoria nasal y trastornos de la olfacción, fundamentalmente en casos de enfermedades asociadas: Rinitis alérgica , pólipos etc.
8. Hundimiento del dorso nasal u otros tipos de deformidad externa en casos en los que se requiera mucha extirpación de cartílago.

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

**RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES:**

**OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES:**

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO DE SEPTOPLASTIA, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

*Firma del paciente*

*Firma del médico*

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_ y en  
calidad de, \_\_\_\_\_ es consciente de que el paciente cuyos datos figuran  
en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la  
responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

*Firma del tutor o familiar*

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

*Firma del paciente o representante legal*

Fecha: