**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SEPTOTURBINOPLASTIA MAS COLOCACION DE TUBO DE VENTILACION EN OIDO Y DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON GLOBO EN LADO**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**DIAGNÓSTICO:** «=consultation.ongoing\_issue»

**FECHA DE CIRUGÍA:**

**FECHA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO:** «=current\_date»

**CIRUGIA PROPUESTA: DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON GLOBO, SEPTOPLASTIA , COLOCACION DE TUBO DE VENTILACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico Tratante:** «=doctor.pretty\_name» | Reg. ACESS: «=doctor.registration\_acess» |

**IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **SEPTOPLASTIA, TURBINOPLASTIA** 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, se liberaran las adherencias de mucosa septal hacia las paredes externas nasales, dejando campos ventilatorios permeables, y se colocará injerto de cartílago en área de perforación septal para lograr un cierre de perforación , si así lo amerita el caso.

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 48-72 horas, lo que ocasionará molestias, tales como dolor o pesadez de cabeza y sequedad de garganta, lagrimeo, estornudos, sensación de oídos tapados. 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 el caso de que exista sangrado luego del retiro del tapón nasal llamar o acudir a la consulta.

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

Se colocara un tubo de ventilación en el tímpano del oído derecho para que ayude a mejorar la ventilación del oído medio y adicionalmente se hará dilatación con globo de la trompa de Eustaquio para mejorar la disfunción tubárica.

**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 ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO**: Es rara la posibilidad de que se produzca una hemorragia que obligue a recolocar el taponamiento nasal.

Muy poco probable puede producirse una perforación del tabique nasal que justifique, con posterioridad, la formación de costras y una respiración ruidosa. Puede rara vez producirse un hematoma (colección de sangre) a nivel del tabique.

Puede quedar una perforación de la membrana timpánica efecto de la colocación del tubo de ventilación.

Podría lesionarse la arteria carótida efecto de la colocación del globo de dilatación de la trompa de Eustaquio , en un porcentaje mínimo.

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 con este tipo de anestesia, este aspecto debe también discutirse con el anestesiólogo que administrará la anestesia general.

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

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

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES:**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Yo, «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO:** «=current\_date»

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 a 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. Se que se me da una prestación de medios y no de resultados.

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/A, 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

YO …………………………………………………… TUTOR LEGAL O FAMILIAR y en calidad de ………………………………….. SOY consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que ASUMO la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

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.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**CI DEL DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RECOMENDADO POR LA**

**FEDERACIÓN DE SOCIEDADES ORL Y CIENCIAS AFINES DE ECUADOR**