

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN BLOQUEO DEL NERVIO MAXILAR

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la denominada BLOQUEO DEL NERVIO MAXILAR, 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

La segunda rama del trigémino o nervio maxilar proporciona inervación sensitiva a piel de la mejilla, al párpado inferior, al ala nasal, y al labio superior. Además, se encarga de inervar las mucosas de parte de fosas nasales, la bóveda palatina, el velo del paladar, las encías y los dientes superiores.

Es posible bloquear todo el nervio maxilar, pero, para el tratamiento de las neuralgias de las fosas nasales se puede intentar un bloqueo de una de las ramas del nervio infraorbitario. Para ello, se puede abordar por vía cutánea, para lo cual se busca el agujero infraorbitario bajo el reborde de la órbita. Una vez localizado, se infiltra una cantidad variable de una mezcla, generalmente, de un anestésico y un corticosteroide.

El bloqueo sensitivo de la pared externa de la nariz requiere, además, un bloqueo encima del canto interno del párpado, un bloqueo infraorbitario y en la unión del hueso y cartílago nasal. La infiltración del nervio responsable del dolor puede requerir diversas sesiones de infiltración.

Tras la intervención, en las primeras horas del período postoperatorio, el paciente puede sufrir pesadez o dolor de cabeza, molestias en la mejilla, tumefacción en la pared anterior del seno maxilar, sabor a sangre, mal aliento y sequedad de boca.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Cuando está indicada, el/la paciente continuará con los síntomas previos.

BENEFICIOS ESPERABLES

Desaparición o disminución del dolor.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN BLOQUEO DEL NERVIIO MAXILAR

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En general, las neuralgias ceden con un tratamiento médico. La infiltración suele establecerse ante el fracaso de los tratamientos médicos.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Se ha señalado la posibilidad de que se produzca una pequeña hemorragia nasal. Rara vez adquiere un carácter preocupante, si bien puede requerir la colocación de un taponamiento nasal.

La infección de estas zonas es poco frecuente. No obstante, de aparecer justifica la presencia de síntomas inflamatorios.

A lo largo del período postoperatorio puede aparecer dolor o adormecimiento en la mejilla y un déficit de sensibilidad en los dientes superiores.

En casos infrecuentes pueden aparecer complicaciones oculares menores, tales como visión doble, inflamación o aparición de pequeñas burbujas de aire -enfisema- en los párpados o en el resto de la cara.

Excepcionalmente, puede producirse una modificación en la posición del ojo e, incluso, pérdida de agudeza visual o ceguera, en la medida que las enfermedades del seno o las maniobras necesarias para su tratamiento hayan podido afectar al contenido orbitario. Excepcionalmente, también, puede producirse ceguera por la formación de un coágulo en la arteria que alimenta la retina.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general, si se ha realizado: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia general es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN BLOQUEO DEL NERVIIO MAXILAR

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

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

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN BLOQUEO DEL NERVIO MAXILAR

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN,
entendiendo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN BLOQUEO DEL NERVIIO MAXILAR

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con 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.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: