
DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RINOSEPTOPLASTIA

El/la paciente debe firmar y escribir su nombre y la fecha de la firma en la parte inferior de cada una de las páginas del presente documento, incluida ésta.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RINOSEPTOPLASTIA

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo deseé. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

INFORMACIÓN GENERAL

La rinoseptoplastia es una operación para producir cambios en el aspecto, estructura y función de la nariz. Puede ayudar a corregir defectos de nacimiento, lesiones nasales y algunos problemas respiratorios. En otros casos se realiza para aumentar o reducir su tamaño, cambiar la forma de la punta, estrechar las alas nasales o cambiar el ángulo entre la nariz y el labio superior (rinoplastia estética). No existe un tipo universal de rinoplastia que cubra las necesidades de cada paciente. Como norma general, casi siempre se actúa sobre la punta, dorso y tabique nasales. Las incisiones de entrada pueden hacerse por dentro de la nariz o en sitios poco visibles cuando se hacen por fuera.

En algunos casos es necesario utilizar injertos de cartílago, que se pueden extraer de la oreja o de las costillas, generando cicatrices en las zonas donantes. En casos complejos puede necesitarse extraer injertos óseos de las costillas o el cráneo. Al finalizar la cirugía, se suele colocar un taponamiento en los agujeros nasales y una férula rígida sobre el dorso nasal para mantener la forma conseguida.

Se realiza casi siempre bajo anestesia general. Son inevitables cicatrices si la intervención ha sido abierta o se han utilizado zonas donantes. También ocasiona edema facial y dificultad respiratoria iniciales que desaparecen al cabo de unos días o unas semanas.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

No realizar esta cirugía o realizar únicamente una septoplastia (corrección del tabique nasal).

RIESGOS

Todo procedimiento médico entraña un riesgo. En cada caso, la decisión de someterse a una intervención es individual y se basa en la comparación del riesgo y el beneficio potencial. Aunque en la mayoría de los casos no se experimentan, es importante que usted conozca las posibles complicaciones, como las siguientes:

- Edema o hematoma facial. Muy acentuado en los primeros tres días después de la intervención. Despues comienza a remitir poco a poco.
- Dificultad para la respiración nasal. En los primeros días debido al taponamiento nasal y despues por la hinchazón propia de la manipulación de las estructuras nasales.

- Pérdida de sensibilidad. Existe la posibilidad de adormecimiento permanente de la piel nasal después de la rinoseptoplastia.
- Alteraciones de la vía aérea nasal. Pueden ocurrir cambios que interfieran con el paso normal de aire a través de la nariz.
- Perforación del tabique nasal. Existe la posibilidad (rara) de que la cirugía favorezca el desarrollo de una perforación en el tabique nasal. En algunos casos puede ser imposible reparar esta complicación.
- Hemorragia. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para detener el sangrado y/o una transfusión de sangre.
- Infección. La infección después de la cirugía es muy rara. Si ocurre, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- Cicatrización. Aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Su cirujano le detallará las incisiones que tiene previsto utilizar.
- Lesión de estructuras profundas. Estructuras profundas tales como nervios, conductos lagrimales, vasos sanguíneos y músculos pueden ser dañados durante el curso de la cirugía. Esta lesión puede ser temporal o permanente.
- Resultado insatisfactorio. Existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio de la rinoseptoplastia. La cirugía puede producir deformidades visibles o palpables, pérdida de función o malposición estructural después de la rinoseptoplastia. Puede necesitarse cirugía adicional

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si el diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico, doy mi consentimiento si fuese necesario para que sea utilizado en proyectos de investigación científica multidisciplinaria para el desarrollo y mejora de la tecnología diagnóstica y molecular de nuestro Sistema Nacional de Salud, tratándose la muestra de forma confidencial y anónima en la medida que marca la legislación vigente. Este material estará almacenado según las normas del Hospital.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

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

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica y a los Médicos Residentes tutelados que sean seleccionados para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante legal o del paciente,

Firma del médico,

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo:

Firma del paciente,

Firma de testigo,

Firma del médico,

IMÁGENES EXPLICATIVAS

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).