

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RINOPLASTIA MEDIANTE TECNICA CERRADA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos rinoplastia mediante técnica cerrada al procedimiento quirúrgico que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz.

La intervención se suele realizar bajo anestesia general y, con menor frecuencia, bajo anestesia local asociándose, en este último caso, la sedación y la analgesia del paciente. La intervención se realiza a través de diversas incisiones practicadas en el interior de la nariz. El número y extensión de las incisiones depende de la magnitud y localización de las deformidades a tratar. Una vez corregidas las deformidades los huesos y los cartílagos se sitúan de tal manera que adopten la posición más adecuada.

En ocasiones puede ser necesario el uso de injertos. Estos pueden ser injertos del propio paciente -llamados autólogos-, ya sea cartílago del tabique nasal o de la oreja, o hueso, principalmente de la costilla o de la cadera. También se pueden emplear injertos sintéticos, pero tienen más probabilidades de infección y rechazo.

Tras la intervención se coloca una pequeña férula sobre el dorso de la nariz y se suele colocar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un tiempo variable. Su tiempo de permanencia depende de la magnitud de la resección y reposición de los fragmentos remodelados en el dorso nasal.

El taponamiento puede ocasionar 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 tratamiento sintomático. Los taponamientos, si su tiempo de permanencia es prolongado, pueden tener que asociarse a antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En raras ocasiones, se puede desplazar hacia atrás el taponamiento por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la orofaringe, provocando una sensación de molestias y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. El mencionado taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza.

También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, deben desaparecer tras las primeras 24 h de postoperatorio.

Suele aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular.

Después de la intervención, suele existir dolor nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza, sobre todo si se ha tenido que actuar sobre el hueso; dicho dolor se puede disminuir con calmantes o tratamiento sintomático.

El paciente en su domicilio debe mantenerse en reposo relativo durante unos días y evitará traumatismos sobre la nariz, que podrían modificar el resultado de la intervención quirúrgica. Si usa gafas no deberá utilizarlas hasta que se lo indique su cirujano.

En caso de presentarse hemorragia por la nariz o la boca, unos días después de la cirugía, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RINOPLASTIA MEDIANTE TECNICA CERRADA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

El paciente continuará con su deformidad nasal.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría en el aspecto externo de la pirámide nasal

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

En caso de aparecer una hemorragia en el postoperatorio, ante todo hay que revisar el taponamiento nasal previamente colocado, a veces requiere sustituirlo por otro que garantice algo más de presión, excepcionalmente puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.

También puede acumularse sangre en la zona quirúrgica y producir un hematoma que requiera drenaje quirúrgico.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, tales como los senos. Aparecerá entonces una rinosinusitis, excepcionalmente puede aparecer una infección en los tejidos blandos faciales.

En ocasiones, puede permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

En algunos casos, al manipular las zonas óseas del tabique nasal se fractura el fino hueso de la base del cráneo y se produce salida de líquido cefalorraquídeo. La reparación de esta fístula puede requerir un procedimiento quirúrgico añadido.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal. Las perforaciones septales pueden producir UN ruido o un silbido característico, esencialmente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia, pueden dar lugar a la formación de costras y sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.

Pueden formarse sinequias –bridas entre las paredes de la fosa nasal–, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio.

Pueden aparecer también, trastornos de la olfacción.

Pueden aparecer complicaciones oculares, tales como visión doble, edema de los párpados, hemorragia conjuntival y hematomas faciales.

Cabe la posibilidad que los elementos osteocartilaginosos de la nariz puedan desplazarse en el postoperatorio, como consecuencia de una cicatrización anómala o de un traumatismo accidental; ello produciría defectos estéticos y obstrucción nasal.

A lo largo del período postoperatorio puede aparecer adormecimiento en la mejilla e, incluso, la falta de sensibilidad en los dientes superiores, por lesión accidental del llamado nervio infraorbitario.

Por otra parte, cabe la posibilidad de que la piel de la pirámide nasal o de la cara pueda sufrir lesiones de diversa índole, tales como atrofia cutánea, retracciones y cambios en la coloración superficial, entre las más frecuentes.

También se pueden producir quistes y ulceraciones, cicatrizaciones prolongadas o inflamación cutánea persistente en el tiempo.

Por otro lado, tal y como ya se ha dicho, como ya se ha dicho, en ocasiones se requiere tomar fragmentos de tejidos de diversas zonas del organismo, tales como cartílago de la oreja o hueso de la

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RINOPLASTIA MEDIANTE TECNICA CERRADA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

cadencia, por lo que la cicatrización de estas zonas podría resultar inestética o dolorosa.

En un 20% de los casos es necesario realizar una segunda intervención. Las causas más frecuentes de esta segunda intervención son: una mala cicatrización, un desplazamiento poco afortunado de los fragmentos utilizados en la reconstrucción o de un traumatismo nasal, durante el periodo postoperatorio.

Además si el paciente presenta grandes deformidades de la pirámide nasal existe más posibilidad de tener que realizar una segunda cirugía para corregir los defectos que hayan podido permanecer después de la primera cirugía. Por norma general, la reintervención no suele realizarse hasta transcurrido un año tras la primera cirugía.

Puede producirse el hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal cartilaginosa como consecuencia de un trastorno de cicatrización.

Pueden aparecer, además, alteraciones de la sensibilidad de la zona.

Si ha habido que colocar algún injerto, hay la posibilidad de que se extruya o que se infecte.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

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 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 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RINOPLASTIA MEDIANTE TECNICA CERRADA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, 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 de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultará la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

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 representante legal

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RINOPLASTIA MEDIANTE TECNICA CERRADA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

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 paciente/representante legal