

## **FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

RUT..... EDAD: .....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

### **I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN RINOPLASTÍA ABIERTA:**

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE**

Es la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz. Esta técnica utiliza una vía de abordaje externa que permite exponer abierta y de forma directa la zona de la nariz a corregir.

#### **CÓMO SE REALIZA**

La intervención se suele realizar bajo anestesia general y, con menor frecuencia, bajo anestesia local, asociándose, en este último caso, una sedación y analgesia del paciente. El anestesista estudiará su caso y le informarán al respecto.

La técnica quirúrgica requiere una serie de incisiones en la pared lateral nasal del interior de la nariz y otra más en la columela (zona que une la punta nasal con el labio superior). Esto permite exponer toda la pirámide nasal en su porción ósea y cartilaginosa, a cielo abierto.

Acto seguido los tejidos blandos se separan, cuidadosamente, de las estructuras óseas y cartilaginosas y se corrigen las deformidades presentes, mediante técnicas muy diversas. Una vez corregidas las deformidades, los huesos y los cartílagos se sitúan de tal manera que adopten la posición más adecuada.

#### **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

Mejoría en el aspecto externo de la pirámide nasal (nariz).

#### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

Mejoría del aspecto estético de la nariz y de la funcionalidad de las fosas.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

En caso de no realizarse esta intervención, el paciente continuará con su deformidad nasal.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
  - Que se produzca una pequeña hemorragia nasal o bucal tras la intervención quirúrgica. Rara vez tiene una intensidad valorable, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal. 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. De forma excepcional, puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.
  - Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, tales como los senos. De forma más excepcional, puede aparecer una infección en los tejidos blandos faciales.
- **LOS MÁS GRAVES:**
  - Cicatriz en la columela: la realización de una incisión en la llamada columela supone la permanencia de una pequeña cicatriz transversal en la misma: por lo general resulta muy poco visible, aunque, en determinadas ocasiones, es más evidente dependiendo de la textura de la piel o de procesos de cicatrización poco favorables.
  - Perforaciones del tabique nasal: en lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal: son más frecuentes en las operaciones realizadas sobre el 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 un 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.
  - Formación de sinequias (adherencias entre las paredes de la fosa nasal), que pueden requerir su sección en una segunda intervención.
  - Trastornos del olfato.
  - Complicaciones oculares, tales como visión doble durante un tiempo, edema de los párpados, una pequeña hemorragia conjuntival y hematomas faciales.
  - Desplazamiento de los huesos y cartílagos de la nariz durante el periodo postoperatorio, ya sea como consecuencia de una cicatrización anómala o de un traumatismo accidental. Ello produciría defectos estéticos que aparecerían en el período postoperatorio.

### OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

**DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

**MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

**RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....