

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN

DE RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA

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 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, por debajo de la piel de la misma, utilizando el plano quirúrgico que existe entre la piel y la propia pirámide nasal.

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. De la misma manera, pueden realizarse pequeñas incisiones en la pared lateral de la pirámide nasal, con el objeto de remodelar la estructura de la misma.

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 antibioterapia 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN

DE RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA

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 horas de postoperatorio.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular. Después de la intervención, suele existir dolor en las fosas nasales, que 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.

En el domicilio debe mantenerse un reposo relativo durante unos días evitando 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 equipo quirúrgico.

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.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Cuando está indicada, el/la 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.

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 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.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN

DE RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA

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 en el período postoperatorio.

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 otro lado, las porciones de hueso o de cartílago que, durante la intervención han sido remodelados, resecados o implantados pueden dar lugar a irregularidades del dorso nasal, que pueden ser palpables o incluso visibles a la exploración. Conviene precisar que, en pieles finas y elásticas, estas irregularidades pueden ser más notorias.

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.

Por otro lado, tal y 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 cadera, 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 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.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él se realizan incisiones o se cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa - polo negativo-colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia 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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN

DE RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

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 ésta, 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.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN

DE RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA

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.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, 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 RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA**

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: