**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SEPTOTURBINOPLASTIA–RINOPLASTIA FUNCIONAL**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**DIAGNÓSTICO:** «=consultation.ongoing\_issue»

**FOSA NASAL DERECHA:** «=consultation.right\_nostril»

**FOSA NASAL IZQUIERDA:** «=consultation.left\_nostril»

**OTROS DE NARIZ:** «=consultation.others»

**FECHA DE CIRUGÍA:**

**FECHA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO:** «=current\_date»

**CIRUGIA PROPUESTA: SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL MAS MENTOPLASTIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico Tratante:** «=doctor.pretty\_name» | Reg. ACESS: «=doctor.registration\_acess» |

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **SEPTOTURBINOPLASTIA- RINOPLASTIA FUNCIONAL** 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 **SEPTOTURBINOPLASTIA MAS RINOPLASTIA FUNCIONAL** a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección tanto de la parte funcional y de la forma externa de la nariz por alteraciones congénitas o adquiridas de las mismas. La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de unas incisiones que se hacen en el interior de las ventanas de la nariz, o a través de las estructuras anteriores al tabique nasal área conocida como columela llamándole abordajes abierto o cerrado. Después, los tejidos blandos se separan cuidadosamente de los cartílagos y huesos adyacentes y se corrigen las deformidades no deseadas. Posteriormente, los huesos y los cartílagos se sitúan de tal manera que tomen la forma adecuada para la nariz. En caso de cirugías de re intervención, puede ser necesario el uso de injertos de hueso o de cartílago del paciente o de otros pacientes si fuere necesario, bajo consentimiento del paciente, quien acepta la utilización de homo injertos.

En el mismo acto quirúrgico se realiza la reconstrucción del tabique nasal, corrigiendo la deformidad , para aliviar la dificultad respiratoria que dicha desviación pueda producir, más la cirugía de los cornetes para disminuir su tamaño en caso de hipertrofia de tal manera que mejore la entrada de aire en caso de obstrucción nasal por hipertrofia de cornetes, La intervención se denomina, entonces, SEPTOTURBINOPLASTIA MAS RINOPLASTIA FUNCIONAL.

En ambas intervenciones se deja una pequeña férula llamada aquaplast , sobre el dorso de la nariz y se coloca un taponamiento nasal, durante 24 a 72 horas, aproximadamente. El taponamiento puede ocasionar molestias, tales como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Las molestias se atenúan con tratamiento sintomático.

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas, si la hemostasia (la capacidad de coagulación del paciente) es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que verificar que el taponamiento haga efecto, y si persiste la hemorragia nasal, puede requerirse ingresar al quirófano bajo anestesia general para hacer una revisión del área operada , en caso de que se encuentre lesión vascular habrá que cauterizar, es muy infrecuente pero puede suceder debido a lesiones producidas por la manipulación de la mucosa nasal o por las fracturas realizadas para la reconstrucción nasal, las cuales podrían causar lesión vascular que no sea identificable el momento de terminar la cirugía nasal. Puede aparecer, en los primeros días, edema mas equimosis ( moretones ) en la cara y los ojos, debido a la fractura que se realiza a nivel de los huesos nasales, estas molestias van disminuyendo en el lapso de tres a diez días.

En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa, con la que se ha hecho el taponamiento nasal, por la parte posterior de la fosa nasal, provocando una sensación de cuerpo extraño y náuseas que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso;.

Después de la intervención, suele existir dolor en las fosas nasales, sobre todo si se ha tenido que actuar sobre el hueso, que se puede disminuir con calmantes, así como molestias diversas en la garganta, tales como sensación de sequedad, que se produce al tener que respirar continuamente por la boca.

Debe mantenerse reposo relativo, en el domicilio, durante 10 días, y evitar traumatismos sobre la nariz, no debe realizar actividad física que corra el riesgo de traumatizar la nariz durante un año, y en caso de suceder este inconveniente el paciente debe acudir inmediatamente a la consulta.

En caso de presentarse hemorragia por la nariz o la boca, el paciente deberá llamarnos para su valoración y tratamiento.

**RIESGOS ESPECIFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO**: Ya hemos señalado la posibilidad de que se produzca una pequeña hemorragia nasal o bucal tras la intervención quirúrgica. Rara vez tiene cierta intensidad, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal.

Aun cuando la infección de estas zonas es infrecuente, podría producirse (SEROMAS, HEMATOMAS, O ABSCESOS ), justificando entonces la aparición de síntomas inflamatorios, como dolor, edema y “enrojecimiento” de cualquier área nasal, siendo muy importante comunicarnos urgentemente, para valorar la posibilidad de hospitalización y administración de medicamentos endovenosos para poder controlar el proceso infeccioso, y de ser necesario realizar una incisión y drenaje en quirófano.

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

También pueden aparecer complicaciones nasales, tales como la perforación del tabique nasal, las sinequias (adherencias entre ambas paredes de las fosas nasales), la atrofia de la fosa nasal con la aparición de costras nasales y alteraciones del olfato.

Es posible que las estructuras de la pirámide nasal puedan movilizarse, accidentalmente, a lo largo del período de cicatrización, lo que produciría defectos estéticos en el período postoperatorio, esto puede suceder en un 15 % de los casos.

Además, los pequeños fragmentos de hueso extirpados pueden, circunstancialmente, implantarse bajo la piel de la pirámide nasal e, incluso, crecer, siendo perceptibles, claramente, como pequeñas excrecencias.

Por otra parte, como quiera que la valoración del resultado de la intervención, por parte del paciente, es subjetiva, cabe la posibilidad de no resultar satisfactoria. Todas estas circunstancias podrían justificar un segundo tiempo operatorio un año luego de la cirugía.

Se me ha explicado, soy consciente, entiendo y acepto que:

Soy consciente y acepto que puede faltar un injerto de tabique para corregir un defecto, y queda en el sentido común del cirujano valorar si es algo que merece la pena corregir mediante una cirugía mayor, con extracción de cartílago costal o de oreja para tratar de corregirlo, sopesando los riesgos y beneficios de este acto. Se que se puede presentar neumotórax en el caso de extracción de cartílago costal , y autorizo al médico de ser necesario se me realice otros procedimientos para evitar complicaciones en mi estado de salud.

Entiendo que puede haber daño biológico en la región operada, causado por la disminución de la vascularización sanguínea, provocando cambios en la piel y/o mucosas, y raramente necrosis de las mismas, que pueden requerir una nueva(s) cirugía (s) para su reparación, con resultados únicamente paliativos

Se me explica que puede existir procesos infecciosos principalmente en procedimientos de rinoplastia secundaria y de retoque, los procedimientos que involucran injertos pueden ser absorbidos y, en estos casos, el paciente debe usar antibióticos e incluso sesiones de cámara hiperbárica , los cuales deben ser costeados por el paciente.

En caso de resultados insatisfactorios , si bien se esperan buenos resultados, no hay garantía, expresa o implícita, en cuanto a los resultados que se puedan obtener. Es posible que se sienta decepcionado con los resultados del procedimiento. Esto incluiría riesgos tales como asimetría, ubicación insatisfactoria de la cicatriz quirúrgica, deformidades visibles inaceptables en los extremos de las incisiones, particularmente en procedimientos secundarios, o pacientes con narices étnicas (negroides) con mucosidad adelgazante. Esto no implica un error médico (negligencia, imprudencia o mala praxis) sino un conjunto de riesgos aceptables, pudiendo ser necesaria una cirugía adicional para mejorar los resultados.

Toda cirugía deja cicatrices, algunas más visibles que otras. Aunque gran parte de la cicatrización es sutil y apenas visible, pueden producirse cicatrices anormales en la piel y los tejidos más profundos. Las cicatrices pueden ser poco atractivas y de un color diferente al tono de la piel circundante. La apariencia de la cicatriz también puede variar dentro de una misma cicatriz. Las cicatrices pueden ser asimétricas (se ven diferentes en los lados izquierdo y derecho del cuerpo). Existe la posibilidad de marcas visibles en la piel debido a las suturas. En algunos casos, las cicatrices pueden requerir revisión o tratamiento quirúrgico.

Reconozco que durante el procedimiento quirúrgico pueden presentarse situaciones o elementos que no pudieron ser identificados previamente y, por tanto, otros procedimientos pueden ser necesarios adicionales o diferentes a los previamente programados. Por eso autorizo al cirujano, al anestesiólogo ya todo su equipo a realizar las actuaciones necesarias y acordes a la nueva situación que, eventualmente, se va a materializar.

Toda cirugía, incluidas las más largas, puede desencadenar varias situaciones impredecibles y potencialmente graves que pueden requerir hospitalización o tratamientos complementarios, teniendo siempre un pequeño porcentaje de mortalidad, incluida la trombosis en función del tiempo quirúrgico.

Soy consciente y acepto que las asimetrías de las fosas nasales son difíciles detratarr y corregirlas y que existe una alta posibilidad de que ocurran, especialmente en los casos que requieren injertos en el margen de la fosa nasal para sostener la válvula nasal o bajar el contorno de la fosa nasal

Soy consciente y acepto que la simulación es una forma de comunicación y una guía quirúrgica, sin embargo, entiendo que el resultado puede no ser similar al programado debido a que existen numerosas variables que dictan lo que se tendrá que hacer durante el procedimiento, como grosor y elasticidad de la piel, cantidad de injerto disponible, malformaciones ocultas, entre otras, limitaciones étnicas

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte por cada 300.000 intervenciones con este tipo de anestesia, este aspecto debe también conversar con el anestesiólogo que administrará la anestesia general.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

Autorizo el registro (foto, sonido, imagen, etc) de los trámites necesarios para Cirugía(s) propuesta por entender que tales registros, además de ser importantes para la documentación médico-legal, siguen representando una importante alternativa para el estudio de la información científica, así como la difusión del propio trabajo.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con su defecto nasal.

**BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría en el aspecto externo nasal así como de la ventilación nasal y de los síntomas que esta insuficiencia ventilatoria nasal puede producir.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

**RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES**:

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

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

**OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**:

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

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

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

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Yo, «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO:** «=current\_date»

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. Se que se me da una prestación de medios y no de resultados.

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.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO/A, 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 el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

YO …………………………………………………… TUTOR LEGAL O FAMILIAR y en calidad de ………………………………….. SOY consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que ASUMO la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

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.

Firma del paciente o representante legal.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**CI DEL DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RECOMENDADO POR LA**

**FEDERACIÓN DE SOCIEDADES ORL Y CIENCIAS AFINES DE ECUADOR**