**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RETOQUE NASAL**

**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.diagnoses:each(diagnosis)»

* «=diagnosis.disease\_code» «=diagnosis.description»

«consultation.diagnoses:endEach»

**FECHA DE CIRUGÍA:** …………………………

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

**CIRUGIA PROPUESTA: RETOQUE NASAL**

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

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada - **RETOQUE NASAL**  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 **RETOQUE NASAL** a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz. La intervención se realiza bajo anestesia local y sedación de manera ambulatoria o bajo anestesia general en quirófano, a través de unas incisiones que se hacen en el interior de las ventanas de la nariz, o a través de las estructuras anteriores del tabique nasal. 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. Ocasionalmente, puede ser necesario el uso de injertos de hueso o de cartílago, los cartílagos se pueden extraer del pabellón auricular o de costilla, en caso de extracción de cartílagos del pabellón auricular si el paciente se golpea el área del pabellón auricular pueden formarse hematomas los cuales tendrán que ser resueltos inmediatamente, caso contrario podría existir necrosis en área de pabellón auricular y deformidad posterior.

En el mismo acto quirúrgico se realiza la reconstrucción del tabique nasal si fuere necesario, 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.

En ambas intervenciones se deja una pequeña férula de yeso, u otros materiales, 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 efectuar una compresión local mediante otro taponamiento, situación que, si bien no es frecuente, sí es posible. cuando no se utiliza gasa para el taponamiento. Puede aparecer, en los primeros días, un hematoma en la cara y los ojos.

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 7-8 días, y evitar traumatismos sobre la nariz.

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

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 la insuficiencia ventilatoria nasal puede producir.

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

**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, justificando entonces la aparición de síntomas inflamatorios.

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 5% 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 unos meses después.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia local. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia, este aspecto debe también discurrirse con el anestesiólogo que administrará la anestesia local.

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

**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 CONSENTIMIENTO:** «=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**