


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Rinoplastia	FL-CDM-41
		Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

La rinoplastia es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz.

EN QUE CONSISTE LA RINOPLASTIA

La intervención se realiza a través de unas incisiones que se hacen en el interior de las ventanas de la nariz. Después, los tejidos blandos se separan cuidadosamente de los cartilagos y huesos adyacentes y se corrigen las estructuras no deseadas. Posteriormente, los huesos y los cartilagos 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 cartilago. En el mismo acto quirúrgico se puede realizar la reconstrucción del tabique nasal, si está desviado, para aliviar la dificultad respiratoria que dicha desviación puede producir. La intervención se denomina entonces septorinoplastia. 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 unas 48 hrs. Por otra parte, como quiera que la valoración de un 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.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA RINOPLASTIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad).

- Pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas o persistir requiriendo un nuevo taponamiento. Si el taponamiento es con gasa, esta puede deslizarse por la parte posterior de la fosa nasal provocando una sensación de cuerpos extraños y nauseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro si es preciso.
- Hematoma en la cara y los ojos en los primeros días.
- Dolor en las fosas nasales, sobretodo, si se ha tenido que actuar sobre el hueso, así como sensación de sequedad en garganta por respirar continuamente por la boca.
- Infección local con la aparición de síntomas inflamatorios.
- Dolor o adormecimiento en la mejilla e incluso la falta de sensibilidad en los dientes superiores por lesión accidental del nervio infraorbitario.
- Perforación del tabique nasal.
- Sinequias- bridas entre ambas paredes de las fosas nasales.
- Atrofia de la fosa nasal con la aparición de costras nasales y alteraciones del olfato.
- Visión doble o inflamación de los párpados o del resto de la cara.
- Movilización accidental de la pirámide nasal a lo largo del periodo de cicatrización, lo que produciría defectos estéticos en el periodo post operatorio.
- Palpación de pequeñas excrecencias por implantación de fragmentos de hueso extirpado bajo la piel.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.


De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La única alternativa es la abstención terapéutica.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Rinoplastía	FL-CDM-41
		Rev. 03

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **RINOPLASTÍA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **RINOPLASTÍA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir, ante ninguna circunstancia, con la **RINOPLASTIA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza, que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____