

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CENTRO SANITARIO****SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA**

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

Puede usted retirar 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.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:****EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Esta técnica quirúrgica tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz.

Esta técnica utiliza una vía de abordaje interna que permite llegar a la zona de la nariz a corregir sin exposición abierta.

**CÓMO SE REALIZA:**

La intervención se suele realizar con anestesia general y, con menor frecuencia, con anestesia local asociándose, en este último caso, la sedación y la analgesia del paciente. Su especialista y el servicio de anestesia estudiarán su caso y le informarán al respecto.

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. 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 (se llaman 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.

---

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Mejoría en el aspecto externo de la nariz.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

En la mejoría estética y funcional de las fosas nasales y de la nariz.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

En caso de no realizarse la intervención, el paciente continuará con la deformidad de la nariz.

En su caso:

---

**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:**

- Hemorragia en el postoperatorio: ante todo hay que revisar el taponamiento nasal, 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. Aparecerá entonces una rinosinusitis. Puede aparecer una infección en los tejidos blandos faciales, pero es muy raro.
- Cefaleas (dolores de cabeza) de intensidad y localización variables, pueden aparecer como secuelas.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- En lo relativo a la fosa nasal: perforaciones del tabique nasal. Dichas perforaciones 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. Y formación de sinequias (adherencias entre las paredes de la fosa nasal), que pueden requerir su sección en una segunda intervención.

- Trastornos de la olfacción (acto de oler).

- Complicaciones oculares, tales como visión doble, edema de los párpados, hemorragia conjuntival y hematomas faciales.
- Desplazamiento postoperatorio de los elementos osteocartilaginosos de la nariz como consecuencia de una cicatrización anómala o de un traumatismo accidental; ello produciría defectos estéticos en el período postoperatorio.
- En el postoperatorio puede aparecer adormecimiento en la mejilla e, incluso, la falta de sensibilidad en los dientes superiores, por lesión accidental del llamado nervio infraorbitario.
- Realizar una segunda intervención en el 20% de los casos. Las causas más frecuentes de esta segunda intervención son: una mala cicatrización, un desplazamiento poco afortunado de los fragmentos utilizados en la reconstrucción o de 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.
- Hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal cartilaginosa como consecuencia de un trastorno de cicatrización.
- Alteraciones de la sensibilidad de la zona.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

---

#### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

---

---

#### OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

---

---

#### OTRAS CUESTIONES 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.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

## 1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2. 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, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_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 conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

---

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, 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.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_