

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE CIRUGÍA DE SEPTO-RINOPLASTIA**

Acto Médico Programado

Conforme a los **DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE** como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 de 14 de Noviembre, en sus artículos 4, 8 y 9 y normativa concordante, se emite el presente consentimiento.

Este documento pretende explicar de forma clara y comprensible para el paciente la intervención quirúrgica, prueba diagnóstica, o actuación que se le va a realizar.

Asimismo contempla como se va a realizar la intervención, prueba diagnóstica, o actuación, que riesgos comprende esta y las posibles complicaciones que pueden surgir durante la intervención y en el postoperatorio, así como las contraindicaciones y los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

### **SOLICITUD DE INFORMACION**

Conforme al art.4 y 9 de la Ley básica de la Autonomía del Paciente, manifiesto expresamente mi deseo de ser informado acerca de mi patología y de la intervención que se me va a realizar.

### **DATOS DE IDENTIFICACION**

**Nombre y apellidos del paciente:**

**Email:**

Manifiesto que aún facilitando correo electrónico, a la firma de este consentimiento se me hace entrega de una copia del mismo.

**Fecha de entrega del consentimiento:**

**Facultativo informante:** Joel Joshi **Colegiado N°:** 284619581

### **DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

La Septo-rinoplastia es una intervención quirúrgica que tiene por finalidad corregir las alteraciones de forma y posición del tabique (septum) nasal y la forma externa de la nariz.

La intervención consiste en acceder a través de las fosas nasales para realizar una incisión en la zona anterior de uno de ellos, para acceder al tabique nasal, el hueso y el cartílago. Tras despegar los tejidos que cubren el tabique se procede a extirpar las zonas desviadas o que producen un gran aumento de volumen.

Es una intervención funcional y estética, que persigue extirpar todo el tejido óseo o cartilaginoso que produzca problemas a nivel del septum, y modificar la arquitectura anatómica externa de la nariz. Puede realizarse por diversas técnicas para reposicionar la anchura, proyección y ángulo con el labio.

La intervención puede precisar implantes óseos o cartilaginosos, que se extraerán del cráneo, costillas, oreja, etc...

Saldrá de quirófano con un taponamiento nasal que, generalmente, se retira dos a siete días después. Este taponamiento puede desplazarse hacia atrás, pudiendo precisar recolocación.

Tras la intervención es necesario mantener curas locales. Es normal que durante los primeros días exista un exudado

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

nasal de una mezcla de moco y sangre que el paciente tiene que ir retirando con cuidado. A veces estas secreciones pueden caer por la parte posterior de la nariz hacia la faringe, produciendo leves molestias al paciente.

El postoperatorio no suele ser doloroso y las molestias ceden con una analgesia leve.

Durante las primeras horas, pueden existir vómitos de sangre coagulada, que, se consideran normales y debidos a la sangre que el paciente traga durante la intervención, por lo que no precisan tratamiento.

Es preciso mantener un cierto reposo durante los tres primeros días.

El ingreso del paciente puede ser necesario en algunos casos durante 24-48 horas.

En caso de que exista hemorragia más importante, será necesario buscar una atención médica urgente.

### **Tipo de Anestesia**

Este procedimiento, generalmente, requiere de anestesia general, de cuyas características y riesgos será informado por el anestesiólogo.

### **Objeto del procedimiento**

El objetivo principal de esta intervención es mejorar los síntomas nasales (obstrucción nasal, mucosidad abundante, cuadros repetitivos de sinusitis, pérdida de olfato, etcétera), y corregir la forma externa de la nariz.

En caso de no efectuarse esta intervención, pueden persistir las desviaciones del tabique y los síntomas nasales que padezca el paciente por ello.

### **Alternativas**

No existe otra alternativa a esta cirugía para corregir las desviaciones y conseguir la mejoría de los síntomas, salvo la actitud expectante.

### **Riesgos o secuelas esperables**

- En el postoperatorio inmediato pueden surgir hemorragias leves e incluso graves, que excepcionalmente precisen transfusión de sangre. Estas hemorragias pueden aparecer incluso tardíamente.
- Pese al uso de antibióticos, puede acaecer infección, que requiera más tratamiento médico específico, o curas locales.
- La aparición de sinequias (cicatrices) en la fosa nasal, podría obligar a una reintervención. En el postoperatorio pueden aparecer costras, pérdida del olfato de forma parcial o total y sensación de sequedad nasal.
- Ocasionalmente, se produce perforación del septum nasal por causas relacionadas con la disección quirúrgica.

### **Complicaciones**

- Con relativa frecuencia se puede producir un hematoma en el seno del septum nasal que requiera su posterior drenaje.
- También pueden existir alteraciones de sensibilidad en la superficie de la nariz o del labio superior, de duración variable.

- El uso de injertos está sujeto a complicaciones como infección, rechazo o movilización de su posición original.
- Es frecuente que la corrección de la sintomatología respiratoria de origen nasal no sea completa.
- Puede ocurrir que, acciden→talmente, pueda pasar la sangre, hacia las vías respiratorias. A esta posibilidad se la conoce como broncoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas, produciendo, incluso, un cuadro grave de para→da cardiorrespiratoria.
- Muy rara vez puede ocurrir una pérdida de las estructuras cartilaginosas que soportan el dorso de la nariz, con deformidad y caída o grave desviación de la misma. En este caso serán necesarias nuevas intervenciones quirúrgicas posteriormente.
- Poco frecuente es la infección generalizada a través de la sangre del paciente y provocar una septicemia, que comprometa seriamente la vida del paciente.
- Excepcionalmente puede existir una fístula de líquido ceforraquídeo (el que envuelve al cerebro), que requiera medidas quirúrgicas posteriores. También son excepcionales los casos de pérdida de visión, lesión de nervios craneofaciales, o secundario a la toma de injertos (pulmón, parada cardiaca, dolor crónico....).
- En toda intervención quirúrgica pueden presentarse complicaciones comunes o más graves que requerirían otras terapias asociadas, farmacológicas o quirúrgicas, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, inflamación, seromas (acumulación de suero bajo la piel), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloides (alteraciones de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), alteraciones en la sensibilidad de la piel, hemorragias, infecciones evolución febril reacciones alérgicas, lesiones de vasos sanguíneos, y eventualmente la muerte.
- Por ello ha de saber que, si en el trascurso de la intervención se apreciara algún aspecto no inicialmente previsto en el tratamiento que hiciera necesario modificar el procedimiento de manera no urgente, se pueda variar éste, bajo previo aviso a la persona vinculada que usted designe, salvo en caso de ausencia, donde se obrará por propia decisión del facultativo. En caso de urgencia, debe entender, que, aunque no haya sido informado específicamente de esa modificación, ésta deberá realizarse para concluir de manera satisfactoria la intervención.

### **Riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales**

Existen una serie de factores que pudieran alterar el proceso de cicatrización de las estructuras intervenidas y que aumenten la gravedad y probabilidad de riesgos y complicaciones, como son: la edad, consumo de fármacos a dosis elevadas (corticoides, citostáticos, inmunosupresores, fármacos biológicos, etc...), alteraciones nutricionales (malnutrición proteica, deficiencia de vitamina C y D, etc.), enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, etc...), enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades sistémicas y los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol).

Además, hay otros factores locales que también podrían influir en la correcta reparación, como la existencia de infecciones previas.

### **Advertencias/precauciones específicas**

Usted deberá informar de la existencia de situaciones que puedan aumentar el riesgo de complicaciones como: empleo de anticoagulantes (que pudieran aumentar el riesgo de sangrado durante o tras el tratamiento), infecciones concomitantes agudas, diabetes mellitus (que aumente el riesgo de infección local de herida y/o material o descompensación de la enfermedad durante el tratamiento), cirugías previas, enfermedades inmunológicas o autoinmunes, enfermedades oncológicas y endocrinológicas, etc.

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

Debe así mismo, informar de la posible existencia de alergias o sensibilizaciones a fármacos.

**RIESGOS PERSONALIZADOS:** *El paciente no refiere riesgos personalizados*

**OTRAS OBSERVACIONES:** *Sin nada más que añadir*

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

### **DECLARACIONES Y FIRMAS**

**D./D<sup>a</sup>.:** \_\_\_\_\_ con **NIF/NIE:** \_\_\_\_\_

**DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico abajo firmante, del procedimiento quirúrgico, prueba diagnóstica, o actuación que se va a realizar, los riesgos que conlleva esta intervención así como sus complicaciones que pueden surgir teniendo en cuenta mis circunstancias personales y profesionales.

**DECLARO,** que han sido contestadas todas aquellas preguntas que me han surgido relacionadas con la intervención, riesgos y complicaciones de esta, quedando satisfecho con las respuestas recibidas.

Asimismo, **AUTORIZO** al médico a la toma de imágenes y grabaciones para una adecuada documentación del caso con fines científicos o de divulgación, quedando garantizado el anonimato de mi persona.

**DECLARO** finalmente, la reserva del derecho a ser revocado discrecionalmente el presente consentimiento por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento, prueba o actuación descrita.

**AUTORIZO** a que el presente consentimiento informado me sea enviado por correo electrónico, siendo la clave de acceso mi número de identificación fiscal con la letra en mayúscula. (Es importante que compruebe su correcta recepción y acceso, para en caso de incidencia ponerse en contacto con nosotros).

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

Por todo ello, una vez leído, comprendido y aceptado las 6 páginas que conforman este documento y estando satisfecho con la información recibida,

### **CONSIENTO SOMETERME A CIRUGÍA DE SEPTO-RINOPLASTIA**

**Firma del médico que informa:**  
**DR/DRA.:** Joel Joshi  
**Nº COLEGIADO:** 284619581

**Firma del paciente**  
**D./Dª:**

**Fecha:** 11/08/2017

### **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**D./Dª:** con NIF/NIE:

**DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el equipo médico, medico o especialista, del procedimiento quirúrgico, prueba o actuación que se me quiere realizar así como de sus riesgos y complicaciones.

Que conozco y **ASUMO** los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por **NO SOMETERME** al acto quirúrgico. Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. Y en tales condiciones,

### **NO CONSIENTO SOMETERME A CIRUGÍA DE SEPTO-RINOPLASTIA**

**Firma del médico que informa:**  
**DR/DRA.:**  
**Nº COLEGIADO:**

**Firma del paciente:**  
**D./Dª:**

**Fecha:**

*Conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y su normativa de desarrollo así como en la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente, le informamos que sus datos personales serán incluidos en un fichero de pacientes cuya titularidad corresponde a: **Joel Joshi Otero**, con la finalidad de garantizar la relación medico-asistencial existente. Si lo desea, puede ejercer en cualquier momento su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, dirigiéndose a **Joel Joshi Otero**.*