

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## RINOPLASTIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

| Paciente | DNI | Firma | Fecha |
|----------|-----|-------|-------|
|          |     |       |       |

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La Cirugía Nasal es uno de los procedimientos más comunes que realiza un cirujano plástico. Es realizada para reparar traumatismos nasales resultantes de accidentes o actividades deportivas, o por efecto estético para mejorar la forma. El corte para realizar la cirugía se hace dentro de la nariz, no quedando cicatriz evidente. Habitualmente se efectúa un acortamiento de la nariz y una reducción de la giba dorsal. Esto se realiza mediante la resección de hueso y cartílago sobrante. La punta nasal es por lo general elevada y mejorada. El procedimiento dura alrededor de una hora y es perfectamente tolerado con anestesia local y sedación endovenosa. La nariz se inmoviliza con un yeso u otro material maleable durante 6 días y es frecuente la formación de edema y hematoma que desaparece con el correr de los días.

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Se realiza para mejorar la respiración, para cambiar el tamaño y forma de la nariz o por ambos

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existen

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Si es por causas estéticas, nada sucede. No se compromete su salud.

### RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.

- Hemorragia, hematomas y equimosis. Se tratan con cremas antihematomas. Debe suspender ingesta de medicamentos.
- Infección: que pueden tratarse con antibióticos.
- Dehiscencia de herida quirúrgica: debido a infección
- Cicatriz inestética: sea hipertrófica, hiper o hipopigmentada, ancha: dependiendo del proceso de cicatrización de cada organismo, por lo que no puede garantizarse su evolución.
- Colapso y estenosis valvular
- Derrame conjuntival transitorio y/o edema palpebral
- Edema nasal: por lo que hay que evitar actividades deportivas por 30 días. Este edema (hinchazón) puede durar hasta 6 meses postoperatorios
- Congestión nasal temporaria
- Necrosis parciales de la cubierta cutánea por déficit circulatorio
- Obstrucción lagrimal. Anosmia
- El cigarrillo disminuye el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno. De esta manera produce isquemia de los bordes de la herida retardando la cicatrización y alterando la calidad de la misma.

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## RINOPLASTÍA

**ACLARACIONES**  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **RINOPLASTÍA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **RINOPLASTÍA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....  
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO