Consentimiento informado

Cirugía de rinoplastia

©2021 American Society of Plastic Surgeons®. Se otorga a los compradores del *Recurso de consentimiento informado* una licencia limitada que les permite modificar los presentes documentos y reproducir la versión modificada para su uso únicamente en la práctica privada de los compradores. La American Society of Plastic Surgeons® se reserva todos los demás derechos®. Los compradores no podrán vender ni permitir que terceros usen ninguna versión del *Recurso de consentimiento informado*, ninguno de los presentes documentos ni ninguna versión modificada de dichos documentos.

INSTRUCCIONES

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre la cirugía de rinoplastia, sus riesgos y el/los tratamiento/s alternativo/s disponible/s.

Es importante que lea la totalidad de esta información cuidadosamente. Ponga sus iniciales en cada página, indicando que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

INFORMACIÓN GENERAL

La cirugía de nariz (rinoplastia) es una operación realizada por cirujanos plásticos. Este procedimiento quirúrgico puede producir cambios en la apariencia, estructura y función de la nariz. La rinoplastia puede reducir o incrementar el tamaño de la nariz, cambiar la forma del extremo, reducir el ancho de los orificios nasales o cambiar el ángulo entre la nariz y el labio superior. La operación puede ayudar a corregir defectos de nacimiento, lesiones nasales y sirve para aliviar algunos problemas respiratorios.

No hay un tipo universal de cirugía de rinoplastia que satisfaga las necesidades de todos los pacientes. La rinoplastia se personaliza para cada paciente, en función de sus necesidades. Pueden hacerse incisiones dentro de la nariz o pueden ocultarse en lugares inadvertidos de la nariz. En algunas situaciones, pueden recomendarse injertos de cartílagos tomados desde adentro de la nariz o desde otras áreas del cuerpo que sirvan para remodelar la estructura de la nariz. Puede realizarse una cirugía nasal interna para mejorar la respiración nasal al momento de la rinoplastia.

Los mejores candidatos para este tipo de cirugía son individuos que están buscando una mejora, no la perfección, en la apariencia de su nariz. Además de las expectativas realistas, la buena salud y la estabilidad psicológica son cualidades importantes para los pacientes que están considerando una cirugía de rinoplastia. La rinoplastia puede realizarse junto con otras cirugías.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Entre otras formas de manejo se incluye el no someterse a una cirugía de rinoplastia. Es posible que ciertos trastornos de las vías respiratorias nasales internas no necesiten de una cirugía en el exterior de la nariz. Se pueden tratar algunos problemas del contorno nasal con rellenos inyectables temporales. Las formas alternativas de tratamiento quirúrgico se asocian a riesgos y potenciales complicaciones.

RIESGOS INHERENTES A LA CIRUGÍA DE RINOPLASTIA

Todo procedimiento quirúrgico abarca determinados riesgos, y es importante que usted los comprenda, así como las posibles complicaciones asociadas. Además, todo procedimiento tiene limitaciones. La elección individual sobre someterse o no a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del riesgo y el potencial beneficio. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan estas complicaciones, es recomendable que las analice junto con su cirujano plástico, a fin de asegurarse de que comprende todas las posibles consecuencias de la rinoplastia.

RIESGOS ESPECÍFICOS DE LA CIRUGÍA DE RINOPLASTIA

Daño en los lugares receptores:

Ocasionalmente, el procedimiento implicará el uso de injertos de cartílago u óseos tomados de otros lugares del cuerpo. Ello implica riesgos que su cirujano analizará con usted.

Implantes:

Puede usarse un implante en algunas operaciones de rinoplastia. Los implantes pueden infectarse o quedar expuestos, lo cual requiere la extracción. Ello puede ocurrir en cualquier momento en el futuro.

Retraso en el proceso de cicatrización:

©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

Es posible que se produzcan alteraciones en la fractura o que se retrase el proceso de cicatrización. Algunas zonas de la nariz pueden no sanar normalmente y pueden retrasar el proceso de cicatrización. Algunas zonas de la piel pueden presentar necrosis. Esto puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía adicional con el fin de retirar el tejido que no ha sanado.

Perforación del tabique nasal:
Con escasa frecuencia, se formará un orificio en el tabique nasal. La presentación de este fenómeno es infrecuente. Puede ser necesario realizar un tratamiento quirúrgico adicional para reparar el tabique nasal. En algunos casos, puede ser imposible corregir esta complicación

Alteraciones de las vías respiratorias nasales:
Pueden ocurrir cambios después de una operación de rinoplastia o septoplastia que pueden interferir en el pasaje normal de aire a través de la nariz.

Trastornos por consumo de sustancias:
Los individuos con problemas de consumo de sustancias relacionados con la inhalación de drogas vasoconstrictoras, como la cocaína, se encuentran en riesgo de complicaciones mayores, entre ellas, una mala cicatrización y perforación del tabique nasal.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y que se responda a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.

 _____ Iniciales del paciente
©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

CONSENTIMIENTO para CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO o TRATAMIENTO

1. Mediante la presente autorizo al Dr. Thomas JenebySample y a sus asistentes seleccionados a practicar una **cirugía de rinoplastia**.

   He recibido la siguiente hoja informativa: **Cirugía de rinoplastia.**

2. Reconozco que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, la ocurrencia de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los enumerados anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado y a sus asistentes o personas designadas a realizar dichos otros procedimientos, necesarios o convenientes, con base en su criterio profesional. La autoridad otorgada en este párrafo incluye todas las afecciones que requieran tratamiento, incluso aquellas que mi médico no conozca al momento que se inicia el procedimiento.

3. Doy mi consentimiento a la administración de anestésicos considerados necesarios o convenientes. Comprendo que todas las formas de anestesia entrañan riesgos y la posibilidad de complicaciones, lesiones y hasta la muerte.

4. Comprendo lo que mi cirujano puede o no hacer, y comprendo que no se pueden garantizar resultados de forma implícita ni específica. He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objetivos son realistas y cuáles no. Se ha respondido a todas mis preguntas, y comprendo los riesgos inherentes (específicos) a los procedimientos que deseo, así como los riesgos y complicaciones, beneficios y alternativas adicionales. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder.

5. Doy mi consentimiento a la toma de fotografías o a la televisación antes, durante o luego de la/s operación/es o procedimiento/s a realizar, lo que incluye partes adecuadas de mi cuerpo, para fines médicos, científicos o educativos, siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.

6. Con fines de avanzar en la educación médica, doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones.

7. Doy mi consentimiento a la eliminación de tejidos, dispositivos médicos, o partes corporales que se extraigan.

8. Soy consciente de que la utilización de productos sanguíneos conlleva riesgos potenciales significativos a mi salud, y doy mi consentimiento a su utilización siempre que mi cirujano y/o sus asistentes lo consideren necesario.

9. Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a las agencias pertinentes para fines de informe legal y registro de dispositivos médicos, si es aplicable.

10. Comprendo que los honorarios del cirujano son separados de los cargos de anestesia y hospitalarios, y estoy de acuerdo con dichos honorarios. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, este conllevará gastos adicionales.

11. Me doy cuenta de que tengo la opción de no realizar la operación. Renuncio a este procedimiento _____.

12. SE ME HA EXPLICADO LO SIGUIENTE EN TÉRMINOS QUE PUEDO ENTENDER:
    a. EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTEDICHO QUE SE REALIZARÁ
    b. LAS POSIBLES OPCIONES DE PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS
    c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y A LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE (1-12)
ESTOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN OFRECIDA.

_____
Paciente o persona autorizada a firmar en su lugar

Fecha/hora_____ Testigo _____

_____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®