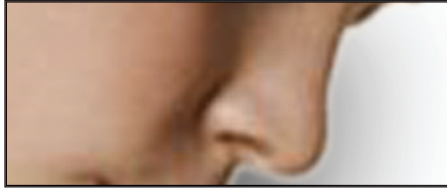


CORRECCIÓN NARIZ (rinoplastia)



PRINCIPIO DE LA OPERACIÓN

Remodelado de la forma de la nariz por reducción o aumento.

INDICACIONES

Estética. Post-traumática.
Funcional para mejorar la respiración. Generalmente y al mismo tiempo, corrección de la pared nasal desviada (septoplastia).

CONTRAINDICACIONES

Toxicomanía a la cocaína. Problema psicológico.
Preocupación excesiva por un defecto corporal (dismorfofobia).
Deseo en obtener un resultado irrealizable.

OPERACIÓN

Modificación de la estructura ósea y cartilaginosa de la nariz; en algunos casos por medio de injertos tomados sobre el propio paciente.

Duración 1-3 horas con o sin hospitalización.
Anestesia anestesia general o anestesia local con sedación.
Cicatrices solamente en el interior de la nariz o, como mucho y además, una cicatriz transversal en el centro de la columela.

COMPLICACIONES POSIBLES

ver también capítulo “Primera consulta: complicaciones generales”.

Aumento de espesor del tejido subcutáneo que cubre las modificaciones óseas y cartilaginosas.
Desarrollo de un callo óseo exuberante.
Alrededor del 15% de retoques sin distinción de casos.
Observación: persiste siempre un determinado grado de asimetría.

PERÍODO POSTOPERATORIO

Mechas en los orificios nasales durante 24-48 horas.
Contención sobre la nariz durante 7-10 días.
Paro laboral de aproximadamente 10 días.

Comentarios y preguntas

.....

CONSENTIMIENTO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



El/la abajo firmante: nacido/da el:

Consiente en someterse a la siguiente intervención quirúrgica:

Efectuada por el Doctor

He sido informado/da con detalle y de forma comprensible del procedimiento quirúrgico, de los riesgos y eventuales complicaciones así como de posibles intervenciones adicionales. He tomado el tiempo necesario de reflexión para tomar mi decisión y obtenido respuesta a mis preguntas (notar los detalles del procedimiento, enumerar los riesgos por escrito, etc.)

He sido igualmente informado/da de las necesarias precauciones a tomar durante el periodo postoperatorio y de los riesgos de posibles intervenciones ulteriores.

Autorizo mi médico a tomar todas medidas necesarias en caso de problema operatorio para hacer frente a complicaciones importantes, incluido un cambio de procedimiento y/o eventuales intervenciones postoperatorias, si bien esto pudiera diferir de lo establecido o discutido anteriormente.

He informado mi médico de todo problema de salud – alergia, toma de medicamento – o problema quirúrgico anterior.

Seguiré escrupulosamente las instrucciones que me serán facilitadas antes, durante y tras la hospitalización o intervención.

Acepto que se tomen fotografías clínicas a fines científicas y de documentación.

Lugar y fecha: Firma:

Firma del médico: