

En cumplimiento de LA Ley General de Sanidad del 24-4-1986, aptdo. 6 del artículo 10, que dice textualmente... “siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...”. Se presenta este documento informativo para pretender explicarle de forma sencilla la intervención quirúrgica.

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA.

Nombre y Apellidos:..... Fecha.....
Edad:.....D.N.I. :.....Número de Historia clínica.....
Médico informante: **DR. JAIME CARBONELL CASASUS** N° de Colegiado 4313

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

Llamamos turbinoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la disminución del tamaño del cornete inferior en los casos en los que dicho cornete dificulta la respiración nasal. La intervención se realiza a través de los orificios nasales, por lo que no deja cicatrices externas, y consiste en la realización de varios túneles submucosos en el dorso de los cornetes inferiores mediante la utilización de un terminal de radiofrecuencia lo cual, al cicatrizar, produce una disminución del volumen del cornete inferior.

La intervención se puede realizar bajo anestesia local o, en casos excepcionales, bajo anestesia general.

Después de la intervención no suele ser preciso taponar la fosa nasal. Tras la intervención el paciente puede presentar una pequeña hemorragia tanto por las fosas nasales como por la faringe que suele ceder en unas horas si la hemostasia –la capacidad de coagulación- es normal. En algunos casos, según criterio del cirujano, puede ser necesario un taponamiento nasal para solucionar la hemorragia. En raras ocasiones se puede deslizar la gasa con la que se ha realizado el taponamiento nasal por la parte posterior de la fosa nasal provocando una sensación de cuerpo extraño y náuseas que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro si es preciso. En este último caso, el paciente puede sufrir sensación de sequedad y de pesadez de cabeza, que aparecen al tener que respirar continuamente por la boca.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** el paciente seguirá con insuficiencia respiratoria nasal de forma permanente.

BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría en la ventilación nasal y desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Existe la posibilidad de realizar dicha intervención mediante otras técnicas como la resección parcial del cornete inferior (que suele realizarse bajo anestesia general y precisar taponamiento nasal por un mayor riesgo de hemorragia) o la turbinoplastia con laser. No se conocen otros métodos de eficacia contrastada cuando el tratamiento médico ya no es efectivo.

RIESGOS ESPECÍFICOS MAS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una hemorragia nasal. Asimismo puede aparecer una infección en el periodo postoperatorio. Cabe la posibilidad de que aparezcan las llamadas sinequias -adherencias entre ambas paredes de la fosa nasal. Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal o sufrir la formación de costras. Podrían aparecer una hiposmia –disminución de la capacidad de olfacción- y una atrofia nasal a largo plazo. Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia. El riesgo vital es muy poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia. En general el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad y la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Declaro que he sido informado por el cirujano de los riesgos de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, así como de las consecuencias que se derivarían de la no realización de la misma.

Asimismo he sido informado de las complicaciones relacionadas con la intervención y conozco mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO.

Firma del paciente.

Firma del médico.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/D^a.....

D.N.I..... y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar.

Por la presente **ANULO** cualquier autorización plasmada en este documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar, y por consecuencia las entiendo y asumo

Firma del paciente o representante legal

Fecha