

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TURBINOPLASTIA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, las intervenciones quirúrgicas denominadas TURBINOPLASTIA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ellas se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se denomina turbinoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la disminución del tamaño de los cornetes, por lo general el cornete inferior; dicha técnica se realiza en los casos en los que los cornetes, de uno o de ambos lados, son los responsables de una obstrucción nasal.

La reducción del tamaño de los cornetes puede realizarse mediante diferentes técnicas. Una de las más utilizadas es la radiofrecuencia:

Se trata de una forma de energía electromagnética que, al ser aplicada, mediante un electrodo a los cornetes, producirá un aumento de la temperatura de los tejidos, con un daño mínimo de las estructuras próximas. Ello generará, después de unos días, una zona de retracción, es decir de disminución del volumen de los tejidos intervenidos, en este caso de los cornetes.

La intervención se realiza a través de los orificios nasales, por lo que no deja cicatrices externas, y se suele realizar bajo anestesia local.

Tras la cirugía se produce una reacción inflamatoria en el cornete, lo que motiva una congestión nasal que puede durar entre 5 y 10 días, al cabo de los cuales se empiezan a notar los resultados de la intervención.

Por lo general la turbinoplastia con radiofrecuencia no precisa un taponamiento nasal, posterior a la intervención quirúrgica. No obstante, en caso de aparecer una hemorragia en el postoperatorio, según el criterio del cirujano, puede ser necesaria la colocación de un taponamiento nasal, durante un corto espacio de tiempo. Ello puede suponer una serie de molestias que el cirujano le explicará, si fuera necesario.

Después de la intervención, suele presentarse dolor moderado en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También puede aparecer una coloración sanguinolenta del moco que, durante las primeras horas, se considera normal.

Durante un periodo de tiempo variable, que puede prolongarse durante varias semanas, el paciente puede referir la formación de costras nasales, que debe de ir minimizando mediante lavados nasales repetidos.

Cabe la posibilidad de que, tras un periodo de tiempo variable, los cornetes puedan volver a aumentar de tamaño, lo que requeriría el tratamiento que su médico considerara oportuno en ese momento.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

El paciente continuará con insuficiencia respiratoria nasal.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría en la permeabilidad nasal y desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La reducción del tamaño de los cornetes e, incluso, el cambio en su forma, pueden ser llevados a cabo mediante otras técnicas. Su especialista le aconsejará sobre la más conveniente para su caso concreto.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TURBINOPLASTIA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Una de las complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que se resuelve con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar del mismo. Ello exigiría la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio del taponamiento.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, tales como los senos. Aparecerá entonces una rinosinusitis.

En ocasiones, puede permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

Pueden formarse sinequias –bridas entre las paredes laterales de la fosa nasal y el septo nasal–, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio.

Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal, eventualmente puede generarse la formación de costras, durante un periodo de tiempo relativamente largo e incluso de manera permanente. Pueden aparecer también, trastornos de la olfacción.

Se han comunicado casos de pérdida de visión tras esta cirugía, de forma excepcional.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica.

En el caso de que esta intervención se realice con anestesia general, a pesar de que se le haya realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realicen con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este tipo de anestesia, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TURBINOPLASTIA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

a esta técnica quirúrgica.

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

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de es consciente de que el

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TURBINOPLASTIA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente 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, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal