

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VALVULOPLASTIA NASAL

Nombre y apellidos:.....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Centro: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada VALVULOPLASTIA NASAL, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos valvuloplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la ampliación del calibre del área de la llamada válvula nasal.

Se trata de una intervención que se realiza a través de los orificios nasales, por lo que no deja cicatrices externas.

Se puede llevar a cabo bajo anestesia local, con sedación; o bajo anestesia general, y se realiza mediante unas incisiones en la parte interna de las alas nasales, a través de las que se reseca el exceso de cartílago que cierra el área de la válvula nasal. Posteriormente se sutura la herida quirúrgica con unos puntos que serán retirados durante las sucesivas revisiones.

Tras la intervención, el/la paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la garganta que suele ceder en unas horas, si la hemostasia -la capacidad de coagulación- es normal. Por ello, después de la intervención se puede colocar, en dependencia del criterio del cirujano, un taponamiento nasal durante unas horas, por lo que tendrá que respirar, a lo largo de ese tiempo, por la boca. Durante las primeras horas del taponamiento podría drenar por la nariz un líquido sanguinolento que se considera normal. En los días siguientes a la retirada del taponamiento se evitará sonarse bruscamente la nariz y se aplicará la medicación prescrita en el informe de alta.

## En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.

## BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría en la ventilación nasal y de los síntomas relacionados con la dificultad respiratoria nasal.

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VALVULOPLASTIA NASAL

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

---

La alternativa a esta técnica sería el uso de las tiras nasales o de los dispositivos protésicos diseñados específicamente para este fin. Por otra parte, existen procedimientos quirúrgicos alternativos que pueden variar la forma y la función de la llamada válvula nasal.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

En caso de producirse una hemorragia, hay que efectuar una compresión local mediante un taponamiento nasal, lo que puede ocasionar molestias, tales como dolor o pesadez de la cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar o sequedad de garganta. Estas molestias se pueden atenuar con calmantes y pequeños sorbos de agua.

Asimismo, puede aparecer una infección en el periodo postoperatorio, o la alteración de la sensibilidad de la zona. Cabe la posibilidad de que aparezca una sinequia - adherencia entre ambas paredes de la fosa nasal-, o que se cree una estenosis valvular cicatricial -estrechez de la zona-, que disminuya el área valvular y, en consecuencia, el flujo de aire. Es posible, también, que persista la insuficiencia respiratoria nasal o, por el contrario, que se aumente mucho el paso de aire a través de la fosa nasal con lo que podría aparecer cierta sequedad nasal o formarse costras de moco. Ello, podría facilitar una atrofia de la mucosa nasal a largo plazo. Excepcionalmente, puede producirse una retracción del ala nasal que sea visible exteriormente, alterando la estética nasal.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

## RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

## OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....



# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VALVULOPLASTIA NASAL

## DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 ésta, 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 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 para el equipo que me atiende.

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

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo 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 equipo asistencial 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.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VALVULOPLASTIA NASAL

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/La paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Médico/a

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VALVULOPLASTIA NASAL

## TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> ....., con 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, en los mismos términos que  
haría el propio paciente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El/La 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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....