

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TURBINOPLASTIA Y/O TURBINECTOMÍA

Nombre y Apellidos
Edad	D.N.I..... Número de Historia clínica.....
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	Nº de Colegiado

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

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.

Llamamos turbinectomía a la extirpación total o parcial del cornete inferior con el mismo fin. La intervención se realiza a través de los orificios nasales, por lo que no deja cicatrices externas.

La intervención se puede realizar bajo anestesia local o bajo anestesia general y, en ocasiones, se puede utilizar el láser o la radiofrecuencia para disminuir el volumen del cornete y evitar al máximo la hemorragia.

Después de la intervención se puede colocar, en dependencia del criterio del cirujano, un taponamiento nasal durante 48 horas, por lo que el paciente tendrá que respirar, a lo largo de ese tiempo, por la boca.

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 caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una compresión local, mediante un taponamiento nasal.

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 continuará 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: No se conocen otros métodos de eficacia contrastada, cuando el tratamiento médico ya no es efectivo.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una hemorragia nasal. Asimismo, puede aparecer una infección en el período 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.

Si se utiliza el láser, pueden producirse quemaduras en la pirámide nasal o en zonas de la cara próximas.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

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 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.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

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, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del tutor o familiar

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.

Firma del paciente o representante legal

Fecha: / /