

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TURBINOPLASTIA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### **IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **TURBINOPLASTIA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

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 5-10 días, al cabo de los cuales se empiezan a notar los resultados.

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.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### **OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

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

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

La reducción del tamaño de los cornetes e, incluso, el cambio en su forma, pueden ser llevados a cabo mediante otras técnicas.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

1. Después de la intervención, suele presentarse dolor moderado en la fosa nasal, que se puede irradiar a la

cara y a la cabeza.

2. Aparecer una coloración sanguinolenta del moco que, durante las primeras horas, se considera normal.
3. Durante un periodo de tiempo variable, que puede prolongarse durante varias semanas, puede referir la formación de costras nasales, que debe de ir minimizando mediante lavados nasales repetidos.
4. En dependencia de la causa de la hipertrofia del cornete, unos años después de la intervención, éste puede volver a aumentar de tamaño, lo que requeriría el tratamiento que su médico considerara oportuno en ese momento.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

En caso de no efectuarse esta intervención cuando está indicada, persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.

**RIESGOS FRECUENTES**

1. Una complicación frecuente es la hemorragia, que se resuelve con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar del mismo, requiriendo la revisión de la cavidad operatoria y/o el cambio del taponamiento.
2. Infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos. Aparecerá entonces una rinosinusitis.
3. En ocasiones, puede permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.
4. Formarse sinequias –bridas entre las paredes laterales de la fosa nasal y el septonasal–, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio.
5. Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o aparecer cierta sequedad nasal, generando eventualmente formación de costras, durante un periodo de tiempo relativamente largo o de manera permanente.
6. Trastornos de la olfacción.
7. Complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, 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 POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA