

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CORNETES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Los cornetes nasales son estructuras óseas cubiertas de mucosa que se encuentran a los lados de la nariz. Su función es limpiar, calentar y humedecer el aire que respiramos antes de que llegue a los pulmones.

Cuando los cornetes se inflaman o aumentan de tamaño (lo que se llama hipertrofia), pueden bloquear el paso del aire por la nariz. Esto puede deberse a alergias, infecciones o inflamación crónica, y provoca síntomas como dificultad para respirar por la nariz, congestión nasal constante, problemas para dormir o infecciones frecuentes.

Existen varias técnicas quirúrgicas para reducir el tamaño de los cornetes:

- Turbinoplastia: es una cirugía que se realiza con una cámara (endoscopio) para modificar la forma y posición de los cornetes, reduciendo su tamaño sin eliminarlos por completo.
- Turbinectomía: consiste en quitar una parte o todo el cornete inferior para mejorar el paso del aire por la nariz.

Para la realización de estas técnicas se emplea la radiofrecuencia en la gran mayoría de casos. Se introducen pequeños electrodos que aplican energía para calentar el tejido y reducir su tamaño, con un daño mínimo a las zonas cercanas. También se puede utilizar el láser para quemar parte de la mucosa nasal.

En la mayoría de los casos es preciso colocar un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable. También puede ser necesario poner láminas de material sintético sujetas con puntos para ayudar a mantener la forma del tabique nasal mientras cicatriza durante unos días.

La intervención se realiza a través de los orificios nasales, sin dejar cicatrices externas. Se lleva a cabo bajo anestesia local, con sedación, o bajo anestesia general.

La finalidad es mejorar la respiración por la nariz y aliviar los síntomas causados por la obstrucción nasal, mejorando así la calidad de vida del paciente.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- El taponamiento ocasionará molestias como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta.
- Sangrado leve.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Infección de la cavidad operada o de los senos nasales.
- Dolor intenso de cabeza.
- Formación de adherencias o bridas entre las paredes de la fosa nasal y el tabique nasal.
- Persistencia de la insuficiencia respiratoria nasal.
- Sequedad nasal por exceso de reducción, según respuesta de la propia naturaleza del paciente.
- Puede generarse la formación de costras durante un periodo de tiempo relativamente largo e incluso de manera permanente.
- Trastornos del olfato.
- Alteraciones de la visión tras esta cirugía, de forma muy excepcional.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE CORNETES"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se

me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: