



Dr. Chozas Rivera
Otorrinolaringólogo

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE **CIRUGIA DE CORNETES**

Nombre y Apellidos

Edad

D.N.I

Fecha

Médico informante Dr. Chozas Rivera. Nº de Colegiado 4.443.

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

LA CIRUGÍA DE CORNETES es la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la disminución del tamaño de los cornetes inferiores en los casos en los que dichos cornetes dificultan la respiración nasal: **Obstrucción nasal crónica de cualquier naturaleza que agrande el volumen de los cornetes.**

Existen varios procedimientos para ello, la turbinectomía o extirpación total o parcial del cornete inferior, la conchotomía, que extirpa parte del cornete y su eje óseo y las técnicas de **Reducción volumétrica de cornetes**, que son las que actualmente se realizan con mayor frecuencia con el mismo fin.

La reducción volumétrica de cornetes, se puede realizar con electrobisturí, Laser, o preferiblemente en la actualidad, con RADIOFRECUENCIA, cuya principal ventaja radica en que la energía liberada no supera temperaturas de 75 º, siendo mucho menor las molestias y las posibles complicaciones. Hemorragias, costras etc.

Todos los procedimientos de Cirugía de cornetes se realizan a través de los orificios nasales, por lo que no deja cicatrices externas.

La intervención se puede realizar bajo anestesia local en el consultorio o bajo anestesia general en quirófano. Este último caso se suele indicar cuando la cirugía de cornetes se asocia a otro procedimiento nasal: Septoplastias, CENS etc.

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.

Todas estas complicaciones se minimizan con las técnicas de radiofrecuencia, no siendo necesario utilizar taponamiento nasal en la mayoría de las ocasiones.

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:

Aparte de los riesgos atribuibles a la anestesia general sobre los que es preferible que le informe su anestesista, el mayor riesgo es el de hemorragia (sangrado) en el postoperatorio. 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. En las técnicas con radiofrecuencia se minimizan estos riesgos.

Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal o sufrir la formación de costras malolientes. En caso de persistir la obstrucción nasal hay que valorar la posibilidad de repetir la intervención o indicar otra técnica quirúrgica distinta.

Podrían aparecer una hiposmia –disminución de la capacidad de olfacción– y una atrofia nasal, a largo plazo.

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:

CONTRAINDICACIONES.

Esta técnica no es eficaz cuando la obstrucción nasal es debida fundamentalmente a pólipos nasales, hipertrofia adenoidea o desviaciones del tabique nasal, por lo que su uso debe ser restringido.

OBSERVACIONES.

La técnica de radiofrecuencia la hacemos con equipamiento Neomedic, con terminal unipersonal, siendo solamente reutilizado en el mismo paciente en los eventuales casos en que se requiera un retoque.

Esta intervención no está concertada con LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, debiendo ser abonada directamente por el paciente.

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 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 DE CIRUGIA DE CORNETES, 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: