

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA FIBROLARINGOSCOPIA

Nombre y apellidos: .....

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

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

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

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

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos fibroscopia faringo-laríngea a un procedimiento que se utiliza para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de la faringe y de la laringe. Su denominación hace referencia a la utilización de un fibroscopio. Se trata de un endoscopio flexible – un instrumental flexible realizado mediante fibra de vidrio- que se introducirá por la nariz del paciente hasta visualizar la zona de la intervención quirúrgica. Este instrumental permite pues ver la zona de la intervención e iluminar la misma. En ocasiones, dispone de un canal, denominado canal de trabajo, que permite utilizar distintas piezas instrumentales para tratar procesos muy diversos de la faringe o la laringe. Además, puede disponer de un canal de aspiración que permite, en el curso de la intervención quirúrgica, aspirar las secreciones o la sangre.

Con frecuencia este método diagnóstico sirve para la toma de biopsias en el territorio que se explora, para la extirpación de pequeñas lesiones en la zona explorada o para inyectar determinadas sustancias -por ejemplo: toxina botulínica.

Se realiza bajo anestesia local que se puede acompañar de una sedación y analgesia según los casos. Excepcionalmente se realiza bajo anestesia general.

Si se realiza bajo anestesia local, una vez terminada la exploración el paciente no podrá ingerir ningún tipo de alimentos, sólidos o líquidos, en unos 30 minutos, ya que -al estar anestesiado el territorio faringo-laríngeo- se corre el riesgo de que se produzcan falsas rutas en la deglución – la aspiración de alimentos o saliva al aparato respiratorio-. En caso de necesitar sedación, deberá esperar unas horas antes de abandonar el hospital, a fin de constatar la desaparición de los efectos sedantes de la medicación administrada.

## En caso de NO EFECTUAR esta intervención

persistirán las lesiones laríngeas que la hubieran podido justificar o no se podrá disponer de los elementos de diagnóstico previstos.

## BENEFICIOS ESPERABLES

Diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades de la laringe, objeto de esta técnica.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Podría tomarse una biopsia o realizar la exéresis de las lesiones de la laringe, mediante la llamada microcirugía de la laringe. Su cirujano le aconsejará el mejor procedimiento a utilizar.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA FIBROLARINGOSCOPIA

Nombre y apellidos: .....

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

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

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

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Puede quedar, como secuela, una disfonía –es decir, alteraciones de la voz–. Es posible que, durante unos días, el paciente sufra una disfagia o una odinofagia -dificultades y dolor al tragar-.

Pueden aparecer hemoptisis o hematemesis -emisión de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio o digestivo-: puede producirse una hemorragia que pueda requerir una nueva intervención, una transfusión e incluso complicaciones cardiovasculares.

Excepcionalmente, disnea -sensación de falta de aire- que, incluso, puede requerir la realización de una intubación o una traqueotomía -apertura de la tráquea, que es el conducto de respirar, a nivel del cuello-.

Puede producirse una infección de la herida quirúrgica, o del aparato respiratorio, tales como traqueítis -es decir, inflamaciones de la tráquea-, bronquitis y neumonitis.

Es excepcional, pero puede aparecer una pericondritis -inflamación de los cartílagos de la laringe-, o necrosis –destrucción- de las partes blandas del cuello.

Puede producirse un edema, es decir una inflamación, de la laringe, una estrechez de la laringe -que llamamos estenosis laríngea-. Es posible que se produzcan estenosis laríngeas o sinequias -bridas que pueden aparecer entre las dos cuerdas vocales-.

Comoquiera que se van a utilizar diferentes sustancias, tales como la anestesia local u otros distintos productos, podría producirse una reacción alérgica a los mismos.

No hay que ignorar, además de todo ello, las 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.

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA FIBROLARINGOSCOPIA

Nombre y apellidos: .....

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

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

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

## 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.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano 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 quirúrgica, el cirujano 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 quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano 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 médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA FIBROLARINGOSCOPIA

Nombre y apellidos: .....

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

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

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

posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico 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.

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 paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

### 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 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\_\_

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA FIBROLARINGOSCOPIA

Nombre y apellidos: .....

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

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

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

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