

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA LARÍNGEA

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:
Centro:

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La electromiografía laríngea es una prueba que valora algunos aspectos del funcionamiento de los músculos de la laringe, y el de los nervios que los mueven, mediante el análisis de su actividad eléctrica. Se puede realizar en el consultorio, utilizando la llamada vía transcutánea (es decir, mediante detectores que son introducidos a través de la piel, hasta alcanzar el músculo que se desee valorar) o bajo anestesia general, por vía endoscópica, es decir, a través de la boca, hasta insertar el terminal de detección en el músculo o músculos objeto del análisis. Suelen tratarse de detectores en forma de aguja finísima, que son desechables.

En el caso de realizarse mediante técnicas transcutáneas, opcionalmente, se puede realizar un control de la laringe con un endoscopio (un visor que se introduce a través de la nariz y permite valorar el movimiento de la musculatura).

Así dispuestos los electrodos, se puede realizar una detección simple o una estimulación-detección: es decir se puede captar la actividad eléctrica de la zona, o se puede estimular la misma para comprobar su respuesta. Por ello, se suele requerir la colaboración con un electrofisiólogo. En el caso de realizarse el procedimiento en el consultorio, no es preciso encontrarse en ayunas. Se suele aconsejar un analgésico o un ansiolítico, una hora antes de la prueba. La duración de la exploración suele ser de 20 a 30 minutos.

En el caso de que se realice a través de la piel del cuello, se puede inyectar un anestésico local, si bien hay especialistas que prefieren no utilizar la anestesia por el riesgo de alteración de los resultados. Por otra parte, pueden administrarse sedantes y analgésicos.

En general, durante la exploración, el paciente debe de procurar no tragar y no toser (si bien, en ocasiones, se trata de respuestas imposibles de evitar, para facilitar las maniobras del especialista. Tras la exploración, pueden aparecer ligeras molestias al tragar que desaparecen rápidamente. En algunos casos, puede aparecer una pequeña cantidad de sangre en la expectoración, que cede unas horas después.

En el caso de que se realice mediante anestesia general, el paciente puede ser dado de alta tras la exploración, o quedar ingresado en el hospital durante unas horas, o hasta el día siguiente. En ocasiones, en el curso de la exploración, el especialista puede realizar, simultáneamente, técnicas de tratamiento, como por ejemplo la inyección de determinadas sustancias, u otras terapias: su médico le dará oportuna información para cada una de las posibles técnicas complementarias. La electromiografía es un procedimiento que puede tener que repetirse en varios momentos de su proceso para comprobar la evolución del mismo.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA LARÍNGEA

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

No se podrán obtener los datos sobre el funcionamiento de la laringe que puedan ser precisos para el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento de su problema.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejor conocimiento de la funcionalidad de la musculatura e inervación de la laringe, lo que pueda ser de gran utilidad para el diagnóstico funcional de este órgano, para el establecimiento de un pronóstico de la posible evolución de su trastorno, o para establecer, o realizar, un tratamiento adecuado para su problema.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad no puede sustituirse por otro procedimiento que proporcione una información similar sobre la movilidad de los músculos laríngeos.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Las punciones con el electrodo de aguja conllevan un mínimo riesgo de sangrado local que puede provocar un pequeño hematoma, en la piel, o en la cuerda vocal, sobre todo si usted toma medicinas anticoagulantes. Éste se resolverá espontáneamente en horas o días. Otra consecuencia más importante, pero muy poco frecuente, es la aparición de un espasmo glótico, el cual será tratado de forma inmediata, al estar usted en un medio especializado. Es posible que aparezca una disfagia o una odinofagia -dificultades y dolor al tragar-, falsas rutas en la deglución -atragantamiento-, hemoptisis o hematemesis -emisión de sangre por la boca, procedente del aparato respiratorio o digestivo- y, excepcionalmente, una ligera disnea -sensación de falta de aire- que no suele requerir ningún tratamiento quirúrgico complementario.

Si la exploración se realiza a través de la boca, es decir por vía endoscópica podrían producirse heridas en labios y boca, fractura y/o movilización anormal o incluso pérdida de piezas dentarias, dolor cervical, trismus -dificultad para abrir la boca-, lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula. Cabe la posibilidad de que se inflamen los cartílagos de la laringe: lo que se denomina una pericondritis, lo que requeriría un tratamiento adecuado. No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de todo procedimiento, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general del paciente, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 anestias (en el caso de pacientes ASA 1 -es decir, en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -es decir, en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA LARÍNGEA

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 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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA LARÍNGEA

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.^a _____, 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

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA LARÍNGEA

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__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: