

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UNA SINEQUIA LARÍNGEA MEDIANTE LARINGOSCOPIA DIRECTA Y MICROCIROUGÍA LARÍNGEA

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: Nº Colegiado:
Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada TRATAMIENTO DE UNA SINEQUIA LARÍNGEA MEDIANTE LARINGOSCOPIA DIRECTA Y MICROCIROUGÍA LARÍNGEA, 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

La sinequia laríngea es una situación en la que, por diversas circunstancias, se ha producido un estrechamiento de la luz de paso de aire a través de la laringe.

Si bien se puede tratar a través de diversas técnicas, una de las más reconocidas es la microcirugía de laringe a través de laringoscopia directa.

La laringoscopia directa es una forma de exploración de la laringe en la que, ésta, se valora de una manera directa -mediante la introducción, a través de la boca, de un tubo metálico que se dirige hacia la propia laringe- bajo control microscópico.

Así pues, utilizando una laringoscopia directa, realizamos técnicas de microcirugía laríngea, para tratar un estrechamiento acaecido a nivel de la laringe. En este procedimiento, cabe la posibilidad de que el cirujano decida la utilización del láser de CO2 se procede a recalibrar la luz de paso de aire a través de la laringe.

Posteriormente, la zona se puede someter a un tratamiento mediante una sustancia denominada mitomicina, para lo cual recibirá una información más concreta. La intervención se efectúa bajo anestesia general.

Tras la intervención, y si se han extirpado determinadas lesiones de las cuerdas vocales, se recomienda el reposo absoluto de voz durante los primeros días.

Asimismo, pueden aparecer ligeras molestias al tragar que desaparecen rápidamente.

También pueden aparecer molestias en la región de la nuca y en la región de la lengua que desaparecerán unos días después.

En determinados casos, esta técnica no puede realizarse, por la especial configuración anatómica de la laringe o la falta de flexibilidad del cuello del paciente.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirán las lesiones laríngeas que la hubieran podido justificar.

BENEFICIOS ESPERABLES

Tratamiento del estrechamiento de la laringe.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UNA SINEQUIA LARÍNGEA MEDIANTE LARINGOSCOPIA DIRECTA Y MICROCIRUGÍA LARÍNGEA

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Podría, en algunos casos, realizarse una resección de la zona estrechada, mediante la llamada fibroendoscopia y la utilización de un sistema de láser. Su cirujano le aconsejará el mejor procedimiento a utilizar.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Es posible que se reproduzca la sinequia.

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-.

Puede aparecer alguna alteración en la movilidad o en la sensibilidad lingual por estiramiento o compresión de los nervios de la lengua.

Puede producirse fractura y/o movilización anormal o incluso pérdida de piezas dentarias y heridas en labios y boca, trismus -dificultad para abrir la boca-, lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula.

Puede sufrirse, durante unos días, dolor cervical. En pacientes con artrosis cervical, osteoporosis, u otras enfermedades de la columna cervical, la hiperextensión cervical puede ocasionar traumatismos en la columna vertebral en diferentes grados. Así, se han señalado complicaciones cervicales, tales como fracturas, en los procedimientos de hiperextensión del cuello que se llevan a cabo durante la intervención quirúrgica.

Pueden aparecer hemoptisis o hematemesis -emisión de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio o digestivo-; y, excepcionalmente, disnea -sensación de falta de aire- que, incluso, puede requerir la realización de una intubación o una traqueotomía -apertura de la tráquea a nivel del cuello-.

Si se ha utilizado el láser de CO₂, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras en cara o boca e, incluso, la explosión de los gases anestésicos.

Muchas de estas situaciones tienen tendencia a la reproducción por lo que se hacen necesarios controles periódicos posteriores.

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.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UNA SINEQUIA LARÍNGEA MEDIANTE LARINGOSCOPIA DIRECTA Y MICROCIRUGÍA 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 EL TRATAMIENTO DE UNA SINEQUIA LARÍNGEA MEDIANTE LARINGOSCOPIA DIRECTA Y MICROCIRUGÍA 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

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:

