

## 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: .....

Centro: .....

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 exploración, puedan aparecer.

### Breve descripción del procedimiento quirúrgico

Llamamos fibroscopia rinofaringolaríngea a un procedimiento que se utiliza para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de las fosas nasales, 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 totalidad accesible de la vía respiratoria superior. En otras ocasiones, pueden utilizarse fibroscopios rígidos, para visualizar determinadas zonas de la mencionada vía. Este fibroscopio permite, pues, ver la zona de interés 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 las fosas nasales, de la faringe y de la laringe. Además, puede disponer de un canal de aspiración que permite, en el curso de la exploración 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/la 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

No se podrá disponer de los elementos de diagnóstico descritos y persistirán las lesiones laríngeas que la hubieran podido justificar.

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

## BENEFICIOS ESPERABLES

---

Diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades de las fosas nasales, de la faringe y 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 equipo asistencial le aconsejará el mejor procedimiento a utilizar.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

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, en dependencia de las características de la pequeña intervención que hubiera podido realizarse o de la pequeña lesión producida por el paso del fibrolaringoscopio. Excepcionalmente podría 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.

Podría quedar, como secuela, una disfonía -es decir, alteraciones de la voz- en dependencia de la pequeña intervención quirúrgica, si es que ésta se ha llevado a cabo.

En alguna ocasión, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa - polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica: las propias de la anestesia local y las relacionadas con la anestesia general o la sedación, si se ha llevado a cabo: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -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

---

### OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

### DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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 para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....



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

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo 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 equipo asistencial 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/La paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Médico/a

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

---

### 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/La 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/La paciente o representante legal

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....