

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGOSCOPIA DIRECTA/MICROCIRUGÍA LARÍNGEA

Nombre y Apellidos
Edad	D.N.I..... Número de Historia clínica.....
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	Nº de Colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LARINGOSCOPIA DIRECTA/MICROCIRUGÍA 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 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.

Se trata de un procedimiento diagnóstico en el que se puede, incluso, realizar una toma de biopsia de las zonas que se consideren oportunas, o de un procedimiento terapéutico para el tratamiento de diferentes enfermedades de la laringe, tales como pólipos, nódulos, o tumores de cuerdas vocales, etc. En este último caso, la técnica quirúrgica se denomina microcirugía laríngea. En esta técnica, cabe la posibilidad de que el cirujano decida la utilización del láser de CO₂. 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. En condiciones normales, el paciente permanecerá ingresado en el hospital unas horas, si la técnica se realiza mediante cirugía sin ingreso, o hasta el día siguiente.

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 EFECTUARSE 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, en algunos casos, tomarse biopsia mediante la llamada fibroendoscopia, pero los resultados, en general, son menos fiables.

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–.

Es posible que se produzcan estenosis laríngeas o sinequias –bridas que pueden aparecer entre las dos cuerdas vocales–.

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.

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 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.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

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:

.....
.....
.....

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.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO, 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: / /