CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial

© 2006 Almirall Prodesfarma General Mitre, 151 08022 Barcelona

EdiDe: Dirección editorial, diseño, realización y edición Casanova, 191, 3º 1ª 08036 Barcelona

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *Copyright*.

ISBN: 84-89045-49-6

Depósito legal: B-39.227-2006

Redactor principal y Coordinador: Dr. Héctor Vallés Varela

■ COMISIÓN DE PROTOCOLOSY ESTÁNDAR

• Vocales: Dr. Juan Royo López y Dr. José Millán Guevara

■ COMISIÓN DE CIRUGÍA DE CABEZAY CUELLOY BASE DE CRÁNEO

- Presidente: Dr. José Luis Llorente Pendás
- Secretario: Dr. Ángel Muñoz Herrera
- Vocales: Dr. Luis Ángel Vallejo Valdezate y Dr. César Álvarez Marcos

■ COMISIÓN DE FONIATRÍAY DISFAGIA

- Presidente: Dr. Faustino Núñez Batalla
- Secretario: Dr. Jesús Málaga Guerrero
- Vocales: Dr. Gabriel Jaume Bauza y Dr. Antonio Lara Peinado

■ COMISIÓN DE OTOLOGÍA

- Presidente: Dr. Francisco Antolí-Candela Cano
- Secretario: Dr. Víctor Palomar García
- Vocales: Dr. Alejandro Harguindey Antoli-Candela y Dr. Carmelo Morales Angulo

■ COMISIÓN DE OTONEUROLOGÍA

- Presidente: Dr. Constantino Morera Pérez
- Secretario: Dr. Herminio Pérez Garrigues
- Vocales: Dr. Nicolás Pérez Fernández y Dr. Andrés Soto Varela

■ COMISIÓN DE ORL PEDIÁTRICA

- Presidente: Dr. Javier Cervera Escario
- Secretario: Dr. Blas Pérez Piñero
- Vocales: Dr. Miguel Ángel Villafruela Sanz y Dr. José Ramón Gras Albert

■ COMISIÓN DE RINOLOGÍAY ALERGIA

- Presidente: Dr. Joan Ramon Montserrat i Gili
- Secretario: Dra. Ramona Soler Vilarrasa
- Vocales: Dr. Adolfo Sarandeses García y Dr. Humbert Massegur Solench

■ COMISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICAY FACIAL

• Presidente: Dr. Manuel Tomás Barberán

ÍNDICE

Presentación	ix
Prólogo de la Comisión de Protocolos y Estándar	Χİ
Introducción	XV
LA CONSULTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1
Documento informativo sobre la consulta otorrinolaringológica	3
OÍDO	5
Abordaje, valoración y tratamiento quirúrgico del nervio facial	7
Administración endovenosa de histamina	11
Cirugía del colesteatoma	14
Descompresión del saco endolinfático	18
Estapedectomía/estapedotomía	22
Extirpación de fístulas periauriculares	26
Extirpación del neurinoma del acústico	29
Extirpación de un quemodectoma timpánico	33
Implante coclear	36
Laberintectomía	41
Laberintectomía química con gentamicina	45
Miringoplastia	48
Miringotomía/colocación de drenaje transtimpánico	51
Neurectomía vestibular	54
Implantación de prótesis auditiva osteointegrada tipo BAHA	58
Test del promontorio	62
Timpanoplastia	65
Extirpación de tumoraciones benignas del conducto auditivo externo	68
NARIZ Y SENOS PARANASALES	73
Abordaje transfacial	75
Angiofibroma de rinofaringe mediante cirugía endoscópica	79
Angiofibroma de rinofaringe mediante rinotomía lateronasal	83
Antrostomía maxilar	87
Cirugía endoscópica nasosinusal para la sinusitis	91
Dacriocistorrinostomía endonasal	95
Cirugía endoscópica nasosinusal para la epistaxis	98
Cirugía endoscópica nasosinusal para la fístula nasal de LCR	102
Extirpación de neoformaciones benignas del vestíbulo nasal	106
Cirugía endoscópica para la poliposis nasosinusal	110
Resección de sinequia nasal	114
Rinoplastia abierta	118
Rinoplastia mediante técnica cerrada	122

Índice

Rinotomía lateronasal	126
Septoplastia	
Septorrinoplastia/rinoseptoplastia	134
Turbinoplastia/turbinectomía	138
FARINGE	143
Adenoidectomía	145
Amigdalectomía	149
Extirpación de tumoración benigna de la faringe	153
Extirpación de una tumoración faríngea	156
Uvulopalatoplastia asistida por láser (LAUP)	161
Tratamiento de la base de la lengua mediante radiofrecuencia (RFBL)	
Tratamiento del velo del paladar mediante radiofrecuencia	
Uvulopalatofaringoplastia (UPFP)	
LARINGE	
Cordectomía	
Cordectomía utilizando láser de CO_2 a través de laringoscopia directa	
Laringoscopia directa e inyección intracordal	
Inyección intralaríngea de toxina botulínica	
Laringectomía parcial	190
Laringectomía parcial utilizando láser de CO_2 a través de laringoscopia directa \dots	194
Laringectomía total	198
Laringoscopia directa/microcirugía laríngea	202
Tiroplastia de medialización	205
PATOLOGÍA CERVICOFACIAL	209
Esofagoscopia	211
Extirpación del divertículo de Zenker utilizando la vía endoscópica	214
Exéresis de un quemodectoma yugular, vagal, carotídeo o múltiple	217
Paratiroidectomía	
Parotidectomía	224
Exéresis de quistes y fístulas cervicales	227
Submaxilectomía	
Tiroidectomía	
	237
Traqueotomía	
Traqueotomía	241
Traqueotomía Vaciamiento ganglionar cervical CIRUGÍA PLÁSTICA	241
Traqueotomía Vaciamiento ganglionar cervical CIRUGÍA PLÁSTICA Bichectomía	241 245 247
Traqueotomía Vaciamiento ganglionar cervical CIRUGÍA PLÁSTICA Bichectomía Blefaroplastia inferior	241 245 247 251
Traqueotomía Vaciamiento ganglionar cervical CIRUGÍA PLÁSTICA Bichectomía Blefaroplastia inferior Blefaroplastia superior	241 245 247 251 255
Traqueotomía Vaciamiento ganglionar cervical CIRUGÍA PLÁSTICA Bichectomía Blefaroplastia inferior Blefaroplastia superior Cervicoplastia	241 245 247 251 258
Traqueotomía Vaciamiento ganglionar cervical CIRUGÍA PLÁSTICA Bichectomía Blefaroplastia inferior Blefaroplastia superior	

Frontoplastia endoscópica	267
Genioplastia de deslizamiento	270
Infiltración de material de relleno facial	273
Aplicación de toxina botulínica	277
Mentoplastia	280
Otoplastia	283
Сторизма	200
ONSENTIMIENTO GENERAL	287
onsentimiento general	289
Albertamente general	207

PRESENTACIÓN

Presentamos en este volumen la segunda edición, notablemente ampliada, de los Consentimientos Informados que la Sociedad Española de Otorrinolaringología ofrece a todos los médicos especialistas, sean socios o no de la SEORL, cumpliendo así uno de sus importantes fines como sociedad científica.

El proceso de elaboración de estos Consentimientos ha sido complejo y laborioso, pero hemos intentado la mayor participación posible con el fin de lograr los Consentimientos que todos deseábamos disponer para cumplimentar correctamente la Ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre). El proceso mediante el cual se han hecho estos Consentimientos ha sido el siguiente: desde la Comisión de Protocolos, cuyo principal motor es el Dr. Héctor Vallés, y a quien le debemos en buena parte estos Consentimientos, se hizo una primera versión teniendo en cuenta la edición anterior, pero ampliando notablemente el número de procesos. Esta primera redacción se envió, a través de la secretaría de la SEORL, a todas las Comisiones Clínicas involucradas (Cabeza y Cuello, Foniatría y Disfagia, Otología, Otoneurología, ORL Pediátrica, Rinología y Alergia, y Cirugía Plástica Facial). Las Comisiones hicieron una segunda redacción e introdujeron algunos nuevos procedimientos. Esta versión se envió nuevamente a la Comisión de Protocolos, que elaboró una tercera y definitiva versión. Esta última versión ha tenido dos finalidades importantes: por un lado, unificar todos los protocolos en cuanto a redacción y contenido, y, por otro, atender aquellos criterios legales en los que hemos sido asesorados por un grupo de abogados dedicados al Derecho Sanitario. Esta colaboración es otra de las novedades de esta segunda edición de los Protocolos Informados en Otorrinolaringología. También queremos agradecer a Laboratorios Almirall su patrocinio en esta ocasión.

Después de recordar el largo proceso de elaboración, se comprende fácilmente que nos sintamos satisfechos cuando hablamos de unos Protocolos hechos por la SEORL para todos los especialistas que quieran utilizarlos, puesto que contienen información adecuada y suficiente. También nos gustaría que las Comunidades Autónomas que lo tengan hagan una traducción a su propio idioma.

El Consentimiento Informado no debe sustituir en absoluto al diálogo con el paciente. No debemos entregar un frío y distante papel, con una mezcla de arrogancia y defensa, para que el enfermo lo firme en soledad. Debemos acercarnos al paciente para satisfacer su necesidad de información de una forma solidaria. El diálogo con el paciente en presencia de personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, dejando constancia escrita en la historia clínica, es tan importante como la firma del propio consentimiento, y, desde luego, es mucho más satisfactorio desde el punto de vista de la relación médico-enfermo. Lo que debemos intentar no es ni el paternalismo ni la arrogancia o la defensa, sino la solvencia profesional en un entorno de solidaridad. Esta forma de aproximación al paciente es más útil profesionalmente, y en muchas ocasiones más eficaz desde el punto de vista legal.

Esperamos que esta segunda edición de los Consentimientos Informados en Otorrinolaringología tenga tan buena aceptación como la anterior, y que la eficacia humanitaria, médica y legal estén a la altura de nuestros esfuerzos y de nuestras expectativas.

Prof. Carlos SuárezPresidente de la SEORL

Prof. Ignacio CobetaSecretario General de la SEORL

PRÓLOGO DE LA COMISIÓN DE PROTOCOLOS Y ESTÁNDAR

De unos años a esta parte, los médicos y, entre ellos los otorrinolaringólogos, se han visto obligados a cumplimentar, en el curso de su trabajo, un documento denominado, por la propia ley que lo define, Consentimiento Informado. Este documento es una de las manifestaciones de una nueva forma de relación entre los pacientes y los médicos que los atienden.

En efecto, lejos de la arcaica relación médico-paciente vivida desde la antigüedad hasta hace pocos años, se abre paso una nueva filosofía del proceso de relación entre ambas situaciones: la del hombre que sufre —llamado significativamente «paciente»— y la del hombre que le asiste o médico —etimológicamente, el maestro o el que cura—.

EL ANTIGUO «PRINCIPIO DEL BIENESTAR DEL PACIENTE»

Tradicionalmente, la «cultura médica» estaba tan sólo en manos de algunos: los monjes, los filósofos, los boticarios y, por supuesto, los médicos. Todos ellos poseían, en exclusividad, el conocimiento médico.

La propiedad de este conocimiento era defendida por diversas reglas y barreras sociales, tales como el dominio de lenguas cultas, como el latín; los textos conceptualmente herméticos; el seguimiento de estudios específicos, reconocido por las titulaciones oficiales; un nivel económico elevado, en relación a la pobreza general; la pertenencia a gremios o colegios profesionales, etc.

Desde esta situación de privilegio, el médico, único depositario del conocimiento y de la habilidad de curar, administraba su trabajo de manera muchas veces autodidacta y empírica, sin que nadie —ni siquiera otros médicos— pudieran discutir sus decisiones o actuaciones. Los conceptos del «ojo clínico», la «magia del bisturí», el «arte de curar», el «sacerdocio de la medicina», la «autoridad médica», etc., revelaban esta situación de privilegio cultural y profesional, indiscutible para el paciente.

Según este reparto de las respectivas situaciones, el médico poseedor de la posibilidad de curar la administraba a sus pacientes de manera paternal y generosa, según el llamado *principio del bienestar del paciente*: el médico procuraba la sanidad de su enfermo y, a cambio, el médico recibía un gran reconocimiento social y cierta recompensa económica.

No obstante, de unos años a esta parte, hemos asistido a una auténtica revolución de la relación médico-paciente.

EL AUMENTO DE LA CULTURA DE LOS PACIENTES

En las sociedades occidentales, el acceso a la cultura de la casi totalidad de la población; la disponibilidad de conocimientos específicos, divulgados por los propios médicos; la utilización de herramientas de acceso a la cultura médica, como Internet; la generalización de la medicina basada en la evidencia científica, etc., han convertido al «enfermo paciente» en «ciudadano impaciente» y en personaje activo en su proceso de curación.

El enfermo actual posee –muchas veces– una cultura más vasta que la del propio médico, que se ve limitado por lo esclavo de su trabajo y lo recortado de sus ingresos económicos; además, el enfermo actual posee unos conocimientos médicos fáciles de adquirir e inmediatamente contrastables; y tiene una mayor motivación que la del propio profesional ya que es el protagonista del proceso patológico que le afecta.

Pero carece de los datos exploratorios procedentes de la tecnología médica y le falta la habilidad manual de ejecutar los gestos terapéuticos necesarios. Sólo eso –y la legislación específica– separa, hoy en día, a uno y otro colectivo.

EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOSY LA MEDICINA DEFENSIVA

En este momento social, el individuo es valioso frente a la sociedad a la que pertenece, está dotado de una voluntad merecedora del respeto de la comunidad, es igual frente al resto de los individuos –incluidos los médicos—, y posee el derecho inviolable a decidir su propio destino, alejado de convenciones sociales o morales. Por otra parte, es contribuyente económico de los llamados gastos sociales, entre los que se encuentra la sanidad.

Este derecho a la decisión terapéutica individual se ha visto reforzado por los sistemas judiciales de otros países influyentes que, desde principios del siglo XX, han multiplicado las sentencias que han contribuido enormemente a modificar la relación médico-paciente. Estas sentencias, por una parte, adjudican al paciente la voluntad indiscutible de decidir sobre su proceso de curación, y por otra, culpabilizan al médico —erosionando, así, su prestigio— y le penalizan económicamente ante diversas desviaciones de la relación médico-paciente.

Ello ha animado al colectivo de los pacientes a iniciar procesos judiciales con la esperanza de una satisfacción moral y económica, y al colectivo de los médicos a realizar lo que se ha llamado medicina defensiva, según la cual el profesional de la medicina multiplica la realización de exploraciones, más o menos necesarias para el estricto diagnóstico, pero obligadas para la defensa judicial del médico en el caso de una demanda judicial.

EL NUEVO «PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE»

Por todo ello, el proceso médico se organiza, en la actualidad, según el *principio de la autonomía del paciente*, según el cual éste se somete voluntariamente a un tratamiento por su libre y soberana decisión, adquiriendo deberes y derechos sobre su salud, dignidad e intimidad y obligando, en contrapartida, al médico a que se comprometa a deberes y derechos sobre la salud del paciente al que atiende.

Prácticamente, el acto médico –y más concretamente el acto quirúrgico o exploratorio – se convierte en un contrato de prestación de servicios mediante el cual el paciente y su médico se comprometen a una serie de actuaciones por parte del médico, tras las cuales se persiguen unos resultados concretos sin esperar ninguna complicación o contratiempo.

Ello sería absolutamente posible si se tratara de una materia diferente de la biología, pero en el caso de la enfermedad con frecuencia se producen desencuentros entre ambos colectivos: el de los enfermos y el de los médicos.

LA NORMATIVA LEGAL

En este contexto, se hacía necesaria una normativa que formalizara los respectivos derechos y obligaciones de médicos y pacientes.

La regulación del derecho a la protección de la salud está recogida por el artículo 43 de la Constitución de 1978. Además, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a los usuarios, los servicios sanitarios han sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, llamada Ley General de Sanidad.

Con posterioridad, en nuestra legislación, se promulgó la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones del mismo y del médico, en materia de información y documentación clínica.

Esta ley define el Consentimiento Informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Desde nuestro punto de vista, la ley es muy poco concreta pues tan sólo especifica que el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad; los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y las contraindicaciones.

Además, señala que el médico responsable deberá ponderar, en cada caso, que, cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

NUESTROS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Si bien en teoría los documentos de Consentimiento Informado deberían ser, según lo dicho, breves y escuetos, en la práctica la jurisprudencia acumulada nos obliga a ser extremadamente prolijos en la redacción de los mismos. Ello podría interpretarse como un exceso de la información que se le proporciona al paciente. Sin embargo, se ha procurado redactar los mismos de manera sensata y equilibrada, evitando las informaciones tendenciosas o alarmistas que impidieran a los pacientes decidir con absoluta libertad, viciando la naturaleza del Consentimiento Informado.

En este sentido y en el deseo de proporcionar al paciente una información adecuada, en un lenguaje accesible, esta Comisión se ha puesto en contacto con los Departamentos competentes, de las distintas culturas lingüísticas que coexisten en nuestro Estado, para que, si lo desean, realicen una traducción de los mismos de manera que puedan quedar disponibles en la página web de la SEORL y PCF, a disposición de los socios, por si se considerara conveniente para el mejor cumplimiento de la ley.

En esta segunda edición de los documentos de Consentimiento Informado de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial, se ha contado en gran medida con la colaboración de las diferentes Comisiones de la Sociedad. No obstante, ha sido necesaria la armonización de los diferentes documentos a fin de que todos ellos tuvieran una misma estructura.

Por otra parte, se ha incluido un documento de Información de la Consulta Otorrinolaringológica, que no es necesario que el paciente cumplimente mediante su firma pero que puede –según el criterio del facultativo– dejarse en la sala de espera de la consulta externa, para que el paciente esté informado de la naturaleza de nuestro trabajo y del tipo de maniobras a las que se va a someter para su diagnóstico.

Por último, se ha incluido un documento de Consentimiento Informado «general», que puede cumplimentarse con aquellos extremos de numerosas intervenciones quirúrgicas que, por su escaso número, no tienen un apartado específico en esta obra.

No obstante, el deber de información del médico no se cumplimenta sólo con este documento formal, sino que debe continuarse con la llamada Información Clínica.

La ley define la información clínica como todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

A través del Consentimiento Informado y de la información clínica cotidiana, esta Comisión desea poder ayudar a un proceso de por sí tan complicado como es la curación de la enfermedad del hombre.

Dr. Héctor Vallés Varela Secretario de la Comisión de Protocolos Dr. Juan Royo López Vocal Dr. José Millán Guevara Vocal

INTRODUCCIÓN

I. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO HA MODIFICADO SUSTANCIALMENTE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La autonomía de voluntad de los pacientes ha constituido uno de los temas principales del derecho sanitario. Ello ha obedecido, fundamentalmente, a un motivo: la participación directa del paciente en la toma de decisión acerca del tratamiento médico ha modificado de forma sustancial la relación médico-paciente. A partir de la elaboración e implantación de la figura del consentimiento informado, como documento en el que se acredita que dicha participación del paciente ha sido real y efectiva, la relación médico-paciente se ha alterado de manera sustancial. En este sentido, se ha llegado a decir que si la relación médico-paciente ha cambiado más en los últimos 25 años que en los 25 siglos anteriores, ello obedece, precisamente, al consentimiento informado y, en consecuencia, a la participación del paciente en la decisión clínica del tratamiento. La introducción del consentimiento informado supone que la decisión acerca del tratamiento médico ya no recae en el profesional que presta el servicio sanitario, sino en el paciente, el cual, además, puede rechazar dicho servicio, con independencia de que tal decisión ponga en riesgo no sólo su salud, sino su propia vida. Constituye un cambio sustancial en virtud del cual el principal protagonista de la relación médico-paciente será ya este último.

Además, hablamos de un proceso muy reciente. La incorporación de los pacientes a la decisión del tratamiento médico se plasma normativamente en nuestro país a partir de la Ley General de Sanidad, es decir, a finales del siglo XX, lo que resulta especialmente curioso, dado que la relación médico-paciente es una de las más antiguas de la humanidad (téngase en cuenta que el juramento profesional que prestan los médicos, el conocido Juramento Hipocrático, se remonta al año 460 a.C.). Así pues, el tratamiento médico, ya sea quirúrgico, farmacológico o médico, no ha recaído en la libre decisión del paciente hasta fechas muy recientes, incluso mucho después de la proclamación y reconocimiento de los derechos fundamentales y libertades públicas de los ciudadanos. Éstos tenían reconocidos desde hace ya varios siglos un importante catálogo de derechos fundamentales y libertades públicas, pero no el derecho a decidir someterse o no al tratamiento médico. Esta decisión recaía en el médico, el cual poseía los conocimientos necesarios para decidir lo que era más conveniente para el paciente (principio paternalista). Ahora, la decisión recae, sin perjuicio de alguna excepción, exclusivamente en el paciente. El médico tiene el deber de informarle sobre las consecuencias y finalidad del tratamiento, pero, respetando en todo caso la libre decisión del paciente, el cual es el único titular del derecho a aceptar o rechazar el tratamiento (principio de autonomía del paciente).

Por otro lado, el fenómeno no es exclusivo de la medicina, sino que encuentra su encaje dentro de la que se ha denominado «sociedad de la información», expresión que representa a una sociedad civil que cada vez demanda mayor información sobre cualquier aspecto de la realidad.

Por lo tanto, la doctrina del consentimiento informado supone un cambio sustancial de la relación médico-paciente, una nueva cultura en el ejercicio de la medicina.

2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO TIENE INICIALMENTE UN FUNDAMENTO LEGAL, EN CIERTO MODO, LIGADO A LA DENOMINADA MEDICINA DEFENSIVA

Cierto es que el consentimiento informado tiene su fundamento en la bioética. Sin embargo, llegó inicialmente a la medicina, no a través de la bioética sino del derecho. En este sentido, su punto de partida son los tribunales de justicia, en concreto, a principios del siglo $\times\times$, cuando se desarrolla en Estados Unidos una doctrina jurisprudencial consolidada sobre la exigencia del consentimiento informado en toda intervención médica sobre el cuerpo humano. Tal circunstancia es importante no olvidarla porque permite entender las razones por las que el consentimiento informado ha sido inicialmente considerado más un instrumento de medicina defensiva que un verdadero instrumento de satisfacción de la autonomía de voluntad de los pacientes.

En efecto, el consentimiento informado se ha visto sustancialmente tergiversado en su fundamento principal que no es otro que hacer partícipe al paciente del acto o tratamiento médico y primar su voluntad frente a cualquier consideración paternalista. Las encuestas que se han efectuado tanto a pacientes como a profesionales de la medicina acerca de cuál es la principal finalidad que cumple el consentimiento informado coinciden en señalar que se trata, para unos, los pacientes, de un documento que pretende exonerar al médico, y para otros, los profesionales de la medicina, de un documento que les salvaguarda de posibles reclamaciones. Un ejemplo paradigmático de ello lo constituye una sentencia en la que, en relación al protocolo de consentimiento informado incorporado a las actuaciones judiciales, se declara, literalmente, que wel documento en cuestión (protocolo de consentimiento informado) parece redactado como un instrumento no al servicio de la autonomía privada del paciente, sino de la exoneración de responsabilidad del facultativo».

La razón de ello es, precisamente, como hemos señalado, que su incorporación a la práctica clínica ha tenido más el propósito de evitar reclamaciones y condenas que de satisfacer los derechos del paciente. Más aún, el consentimiento informado y, en concreto, la ausencia del correspondiente protocolo escrito, se ha convertido en muchas ocasiones en un instrumento que emplean a la ligera los pacientes y sus familiares en los procesos judiciales por responsabilidad médica con el fin de ver satisfechas sus pretensiones indemnizatorias. Es indiferente que el médico hubiera informado realmente al paciente, sino que lo único importante es que no consta en el historial el protocolo de consentimiento informado, lo que supone una valoración, per se, negativa del acto clínico. En la discusión parece que no importa ya cuál ha sido la actuación del profesional, sino que lo único importante es si en el historial clínico figura incorporado el correspondiente protocolo de consentimiento. Ante tal punto llega el despropósito que existen reclamaciones de pacientes en las que, pese a reconocer que fueron informados verbalmente por el médico, solicitan una indemnización sobre la base de que no firmaron ningún documento de consentimiento informado. Parece que las oportunidades de trabajo que ha podido ofrecer en los últimos tiempos la medicina para los profesionales del derecho se han desarrollo, incluso, en sacrificio de figuras tan importantes como el consentimiento informado.

De este modo, el consentimiento informado ha ido en detrimento del diálogo, dado que el objeto de la información ya está escrito en el protocolo, o, incluso, como ha señalado algún autor, ha fomentado una medicina basada en un contrato legal en el que el protocolo de consentimiento informado es el elemento útil que sustenta y hace efectivo este contrato.

3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO INSTRUMENTO DE LA MEDICINA DEFENSIVA HA IDO EN DETRIMENTO DEL PACIENTE

Esta perversión del consentimiento informado que lo convierte en mero instrumento de medicina defensiva ha tenido efectos muy perjudiciales para el ejercicio de la medicina, pero, principalmente, para los pacientes. Si el mensaje que recibe el profesional de la medicina es que lo importante es, en definitiva, que exista una hoja de consentimiento informado firmada por el paciente e incorporada a la historia clínica de éste y que, además, dicha hoja sea en su contenido lo más completa posible de manera que el paciente no pueda ya nunca invocar que no ha sido informado con suficiente claridad de algún extremo o riesgo del acto o tratamiento, ello provoca dos fenómenos absolutamente negativos: por un lado, el de la sacralización de la forma escrita del consentimiento en detrimento de la forma verbal, es decir, del diálogo. Por el otro, el de la información completa, aun a costa del sufrimiento del paciente con ésta.

Por lo que se refiere al primer fenómeno, el consentimiento informado ha llegado a tener el efecto perverso de dar a entender que la relación de diálogo entre el médico y el paciente parece que debía ser sustituida por un mero documento escrito que el paciente tenía que limitarse a firmar. Lo importante, se le vino a decir al médico, es que usted consiga la firma del paciente, no que dialogue con él. El profesional que mantiene una entrevista con el paciente, informándole verbalmente de manera adecuada, pero que no tiene en la historia clínica el protocolo de consentimiento informado parece ser peor visto, a los ojos del derecho, que el profesional que tiene entre la documentación clínica del caso el protocolo firmado, aunque no haya mantenido conversación alguna con el paciente. Así, el protocolo se convierte, no en un instrumento, sino en un fin en sí mismo.

Por lo que se refiere al segundo fenómeno, la exigencia de informar de manera completa al paciente, había dado lugar a lo que podemos denominar «encarnizamiento informativo», es decir, a que un instrumento que tiene como principal propósito satisfacer un derecho del paciente se transforme en un instrumento de dolor o desasosiego de éste. Es evidente que una información completa que no atienda a las circunstancias o características personales, culturales o profesionales del paciente no sólo puede ser inservible para el fin que pretende, sino que, aún más, puede ser causante de dolor, desazón o desasosiego.

Además, tales fenómenos incluso encontraron respaldo legal en nuestro país con el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, que exigía que todo consentimiento informado debía cumplimentarse por escrito y que la información fuera completa. El apartado 5 de dicho artículo 10, señalaba, literalmente, que todos tienen derecho «a que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento». La exigencia de que la información fuera completa y escrita incidía aún más en una situación que afectaba principalmente al paciente, el cual a la situación de desasosiego que le producía su enfermedad añadía el tener que recibir una información desmesurada y difícilmente asumible sobre riesgos y complicaciones (información completa) y, además, por medios escritos en detrimento del diálogo.

4. LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE RECUPERA EL FUNDAMENTO REAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estos dos fenómenos perjudiciales para el paciente al que nos acabamos de referir han sido felizmente superados con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, Ley de autonomía del paciente), y el desarrollo que de ella han hecho diversas comunidades autónomas, y con el criterio ponderado que la mayoría de los tribunales de justicia han manejado a la hora de juzgar los casos de responsabilidad médica en los que se planteaban defectos en el consentimiento informado o falta de información.

En efecto, la Ley de autonomía del paciente, recogiendo lo que ya venían declarando nuestros tribunales de justicia, supone un importante hito en la evolución del consentimiento informado, sobre todo porque permite salvar los problemas que había planteado la regulación del consentimiento recogida en la Ley General de Sanidad y devolver la verdadera finalidad que ha de cumplir dicha figura en la relación médicopaciente como instrumento de satisfacción de derechos y no de prevención de reclamaciones y demandas profesionales.

5. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ES DIÁLOGO

Así, en primer lugar, la Ley de autonomía del paciente señala de forma categórica que tanto la información como el consentimiento del paciente se sustanciará, como regla general, de forma verbal, siendo la forma escrita una excepción. Lo que pretende el legislador, de manera muy acertada, es devolver a la relación médico-paciente su condición de relación sustancialmente verbal. El consentimiento informado es una relación de diálogo que se desarrolla en el seno de la relación médico-paciente, por la que se conocen los interlocutores y el paciente se prepara para conocer la verdad sobre su enfermedad y para tomar las decisiones necesarias.

Ello, además, está relacionado con algo que ya venían declarando nuestros tribunales de justicia un tiempo antes, y es que lo importante no es tanto que el consentimiento informado se haya cumplimentado en el caso concreto formalmente por escrito, sino, antes al contrario, que efectivamente se haya cumplimentado tal deber, independientemente de cuál sea el medio, oral o escrito, por el que se haya efectuado. Lo principal es que el paciente haya sido informado y haya autorizado el acto médico, no que se haya cumplimentado por escrito un protocolo de consentimiento informado.

Sin embargo, la Ley de autonomía del paciente establece una serie de excepciones al principio general de que el consentimiento informado se cumplimentará verbalmente, y así existen supuestos en los que el consentimiento deberá prestarse por escrito: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Así pues, se establece la regla general de que el consentimiento informado es un proceso esencialmente verbal que, en los casos de actos clínicos que entrañen cierto riesgo (p. ej., intervenciones quirúrgicas) o de los que no se derive ningún beneficio para el sujeto (ensayos clínicos), exige la forma escrita. A tales efectos, el propio Acuerdo del Consejo Interterritorial sobre consentimiento informado de 6 de noviembre de 1995 señala que lo conveniente es redactar protocolos específicos de consentimiento informado para aquellos procedimientos diagnósticos o terapéu-

ticos que conlleven cierto grado de riesgo, ya que extender tales figuras a toda relación médico-paciente implica una burocratización inaceptable de la prestación de servicios sanitarios.

Como puede comprobarse, estas excepciones a la forma verbal que plantea la Ley se expresan de forma amplia y genérica, ya que especificar los diferentes procedimientos clínicos en los que se entiende necesario el documento de consentimiento informado es una labor inabarcable e inútil. Esta exigencia de consentimiento informado escrito debe ser completada, según establece el propio Acuerdo del Consejo Interterritorial sobre consentimiento informado de 6 de noviembre de 1995, por las organizaciones científicas o grupos técnicos, con el acuerdo de los profesionales. Es decir, son las organizaciones científicas las que deben completar la norma y establecer qué procedimientos y técnicas exigen, en atención a su naturaleza, características y riesgos, una forma escrita.

Por lo tanto, es un papel principal de las sociedades científicas desarrollar los protocolos respecto de aquellos actos médicos en los que deba exigirse, atendiendo a los criterios que establece la propia Ley de autonomía del paciente (véanse, en los términos en los que se expresa ésta, procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud), la forma escrita.

Pero, el hecho de que existan determinados actos clínicos que exijan la forma escrita, es decir, la cumplimentación de un protocolo escrito de consentimiento informado, no significa que el médico deje de informar verbalmente al paciente. La información escrita no se exige como medio de cumplimentar el deber de información al paciente, sino como mero instrumento que garantiza o acredita que dicho deber de información se ha satisfecho en el caso concreto. La información escrita no sustituye a la información verbal que habrá que facilitar en todo caso, sino que la complementa. Por lo tanto, el que la Ley de autonomía del paciente exija, en determinados casos, que se cumplimente el consentimiento informado por escrito no implica, en modo alguno, que deba desaparecer el diálogo que debe presidir la relación médico-paciente.

Por otro lado, debemos recordar el importante papel que debe desempeñar también la historia clínica en el ámbito del consentimiento informado. Así, la Ley de autonomía del paciente señala, conjuntamente con el principio general de que el consentimiento informado se formalizará verbalmente, que debe anotarse en la historia clínica que se ha proporcionado dicha información. Ante ello cabría hacerse la pregunta de si en los casos en los que se utiliza un protocolo escrito de consentimiento informado debe hacer uso también de anotaciones al respecto en la historia clínica. Pues bien, consideramos que, si bien en los casos en los que el consentimiento informado se ha formalizado por escrito no es indispensable siempre acudir a anotaciones en la historia clínica, sí es recomendable. A tales efectos, la historia clínica es el mejor aliado del médico para acreditar que su actuación se ha ajustado a la buena praxis y, en este mismo sentido, es también un buen aliado para acreditar que se ha cumplido escrupulosamente con el deber del consentimiento informado. Por ello, la historia clínica es conveniente utilizarla para anotar alguna mención que el paciente haya hecho en relación al consentimiento informado que ha firmado o respecto de las alternativas terapéuticas de las que se le ha informado.

Por lo demás, no debemos olvidar el importante papel que posee la historia clínica, y hasta tal punto que los tribunales de justicia vienen reconociendo que todo lo que se recoge en la misma por el médico debe presumirse cierto. Así, un tribunal de justicia ha declarado, literalmente, que «precisamente, por su trascen-

dencia en el ámbito médico, no puede haber razones para dudar de la autenticidad de su contenido, a no ser que se aporten datos serios que induzcan a pensar lo contrario».

En definitiva, pese a que en el caso concreto utilicemos un protocolo escrito de consentimiento informado es importante no olvidar la utilidad que nos ofrece la historia clínica en la que puede anotarse, no sólo el hecho de que el paciente ha sido informado y ha firmado el correspondiente protocolo, sino alguna circunstancia producida durante el diálogo con el paciente o acerca de las alternativas que se le han ofrecido a éste y que ha desechado a favor de la intervención cuya hoja de consentimiento ha firmado.

6. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO HA DE SER ADECUADO A LAS CIRCUNSTANCIAS DEL PACIENTE

En segundo lugar, la Ley de autonomía del paciente ya no habla de información completa, sino siguiendo el criterio del Convenio de Oviedo (Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997), de información adecuada y suficiente. El principio en el que se fundamenta la información adecuada y suficiente es el de que la información no puede convertirse en un instrumento que deba o pueda causar daño al paciente. No se trata de garantizar este derecho a la información sobre la salud de manera inhumana (lo que antes hemos denominado encarnizamiento informativo). Por ello, la Ley de autonomía dispone que la información debe ser adecuada a las circunstancias personales del paciente. Ello significa que el médico tiene la posibilidad de, sin ocultar la información, ajustar la misma a la edad, estado de ánimo, profesión, cultura o gravedad del paciente. El médico tiene la facultad de determinar cómo y en qué medida transmite la información al paciente. Para ello, por ejemplo, sí puede atender a la información que puedan facilitarle los familiares sobre las circunstancias personales del paciente. Es decir, los familiares no pueden decidir en qué medida es informado el paciente, pero sí pueden facilitar información que permita que la información se suministre al paciente de forma adecuada.

Lo que persigue la Ley, como hemos señalado, es evitar que lo que constituye la satisfacción de un derecho se transforme en un daño para el paciente. No se debe ocultar información, pero tampoco se debe asustar ni dañar. La información no puede suponer un daño para el paciente, por lo que debe adecuarse a sus circunstancias personales.

Esta idea de información adecuada se ha visto respaldada por nuestros tribunales de justicia, los cuales han llegado a declarar que, si bien es cierto que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos, no debe olvidarse, sin embargo, que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada y en un padecimiento innecesario para el enfermo.

Así pues, tanto el diálogo entre el médico y paciente como los correspondientes protocolos de consentimiento informado a utilizar en aquellos procesos en los que se exija la forma escrita, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley de autonomía del paciente, deben ajustarse a esta exigencia de información adecuada.

En cuanto al contenido de la información, la Ley de autonomía del paciente dispone que el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica o suficiente sobre las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y, por último, las contraindicaciones.

En relación a dicho contenido de los protocolos de consentimiento informado, es muy importante destacar y recordar que la Ley de autonomía del paciente dispone que los pacientes deben ser informados no sólo de los riesgos que un tratamiento o intervención pueda representar para la población en general, sino también del riesgo específico que pueda representar para el paciente en concreto y en atención a sus circunstancias personales, profesionales o antecedentes. Señala el artículo 10.1 de la Ley de autonomía del paciente que el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica sobre los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. Así pues, es necesario que en las hojas de información del ensayo se incluya un apartado en blanco sobre riesgos personales o profesionales en el que se recogerían los de cada paciente en concreto. Dicho apartado debe ser completado en aquellos casos en los que existan riesgos personales o profesionales. En todo caso, es importante insistir en esta última cuestión porque los diferentes estudios sobre el nivel de cumplimiento por los servicios clínicos de los protocolos de consentimiento informado señalan que esta cuestión es precisamente la que alcanza un menor cumplimiento. El apartado para incluir los riesgos personales y profesionales aparece en muchas ocasiones sin cumplimentar, pese a que existían en el caso concreto riesgos personales y profesionales. Así pues, debe recordarse que, desde la entrada en vigor de la Ley de autonomía del paciente, rellenar dicho apartado del protocolo es ya un requisito ineludible. En todo caso, a la hora de cumplir con tal requisito no debemos olvidar, una vez más, que la información ha de ser adecuada y suficiente, no completa, es decir, no debe ocasionar daño innecesariamente.

7. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO INTEGRA LA LEX ARTIS

También debemos recordar que la Ley de autonomía del paciente establece ya con rotundidad que el deber de informar al paciente y de obtener su autorización para el acto médico integra la *lex artis*, de tal forma que el médico no sólo está obligado a poner a disposición del paciente los medios y conocimientos adecuados en el caso concreto, sino que, además, tiene el deber de informarle. La Ley de autonomía del paciente dispone que el médico no sólo está obligado a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento del deber de información.

Los casos en los que se ha puesto al alcance del paciente los medios y conocimientos adecuados (correcta prestación de la técnica, en las palabras que utiliza la Ley de autonomía), pero en los que no se ha cumplido con el deber de informar al paciente generan responsabilidad profesional.

Así, el Tribunal Supremo ha declarado que «deontológica y legalmente, todo facultativo de la medicina, especialmente si es cirujano, debe saber la obligación que tiene de informar de manera cumplida al enfermo acerca de los posibles efectos y consecuencias de cualquier intervención quirúrgica y de obtener su consentimiento al efecto, a excepción de presentarse un supuesto de urgencia que haga peligrar la vida del paciente o pudiera causarle graves lesiones de carácter inmediato».

Pero es que, además, cuando el profesional es capaz de dar una información adecuada ello es visto por los pacientes como un criterio de capacidad no sólo comunicativa, sino, más aún, como un criterio de com-

petencia profesional. El buen manejo del consentimiento informado va muy ligado ya a la percepción que los pacientes puedan tener acerca de la praxis del caso concreto.

Sin embargo, es necesario eliminar también la idea de que cumplir con el deber del consentimiento tenga como principal finalidad evitar supuestos de responsabilidad profesional. El deber de información se encuentra directamente relacionado con la actividad profesional, forma parte ya del acto médico y constituye un elemento principal de la calidad asistencial, sin perjuicio de que también pueda determinar que indirectamente se vean reducidas las reclamaciones por responsabilidad profesional.

8. A MODO DE RESUMEN

Para concluir, simplemente recordar una serie de ideas que hemos ido exponiendo a lo largo de este texto y que es importante no olvidar al dar satisfacción al deber del consentimiento informado:

- 1.° Informar es, fundamentalmente, dialogar de forma adecuada a las circunstancias del paciente.
- 2.º La exigencia de consentimiento informado escrito no puede, en modo alguno, sustituir la relación de diálogo, sino que complementa la información verbal.
- 3.º La historia clínica es también un buen aliado a la hora de acreditar que se ha cumplido escrupulosamente con el deber del consentimiento informado.
- 4.º La cumplimentación, cuando proceda, del apartado sobre riesgos personales y profesionales es ya un requisito ineludible desde la entrada en vigor de la Ley de autonomía del paciente.

Finalmente, no queremos terminar sin felicitar a la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial por la labor realizada para dar cumplimiento a las exigencias que se derivan de la nueva regulación del consentimiento informado que se contiene en la Ley de autonomía del paciente, agradeciendo a la Sociedad la confianza depositada en nosotros a la hora de solicitarnos nuestra participación a través de este texto en la nueva edición del libro de Protocolos de consentimiento informado. Es muy grato para los autores de esta introducción colaborar con la medicina no sólo en el arduo ámbito de la responsabilidad profesional, sino también en labores tan gratas como la que nos ha ocupado y que tienen como finalidad, a la postre, que pueda ejercerse una profesión como la médica con la suficiente tranquilidad y seguridad, garantizando, además, los derechos de los pacientes.

Federico de Montalvo Jääskeläinen

Socio Director de Asjusa-Letramed Profesor asociado de Derecho Constitucional, UP Comillas (ICADE) Miembro del CEIC-R y del CEIC Hospital Universitario de la Princesa

Javier Moreno Alemán

Socio Director de Asjusa-Letramed Profesor asociado de Políticas Públicas, UP Comillas (ICADE) Miembro del CAE, Hospital Universitario de Santa Cristina

LA CONSULTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA

La Otorrinolaringología es una especialidad que se ocupa de la atención de diversos órganos que se encuentran en la cara, la cabeza y el cuello, todos ellos muy sensibles al tacto y a su manipulación.

Su especialista tiene la experiencia suficiente y posee los recursos técnicos adecuados para atenderle de la manera más apropiada. No obstante, a lo largo de la consulta pueden surgir diversas incidencias que debe conocer.

Así, cabe la posibilidad de que el otorrinolaringólogo precise instilar en sus fosas nasales, la garganta o el oído diversas sustancias, tales como un anestésico local, gotas antibióticas, etc. Por ello, si es alérgico o no tolera bien alguna medicina, debe advertirlo con anterioridad.

Los instrumentos que utiliza el médico para la exploración y manipulación pueden causar, en ocasiones, diversas molestias como náuseas, picor, irritación, dolor e incluso pequeñas hemorragias, fácilmente controlables.

Además, debe advertir a su especialista si es portador de alguna prótesis dental que pudiera movilizarse durante la exploración. El otorrinolaringólogo le indicará —si es necesario— que la extraiga de su boca mientras dura el examen.

Por otra parte, a criterio del especialista que le atiende podría ser necesaria la exploración con un aparato denominado endoscopio. Se trata de una técnica que permite una mejor iluminación y visión de determinadas zonas de su organismo, pero que puede causar discretas molestias especialmente si existe alguna anomalía anatómica que pueda dificultar dicha exploración. Dicho endoscopio sufre un proceso de desinfección muy riguroso, por lo que, incluso con un esmerado lavado, puede resultar ligeramente irritante.

En el caso concreto del oído, si existiera una perforación timpánica o alguna otra lesión que conozca, debe advertirlo previamente para que su especialista pueda atenderle de la manera más adecuada.

En general, todas estas cavidades —la nariz, la garganta, el oído, etc.— pueden contener pequeñas costras, acúmulos de cerumen, objetos extraños, sustancias diversas, taponamientos quirúrgicos, etc., que deben ser retirados. Las técnicas de extracción son muy diferentes en dependencia de distintas circunstancias. Si bien su especialista le atenderá con el máximo cuidado, durante estas maniobras podrían

producirse pequeñas lesiones, tales como ligeros desgarros timpánicos, discretas heridas en la nariz o la garganta, etc. En general, son lesiones sin importancia que, en todo caso, deben considerarse como situaciones inevitables.

Durante la consulta, Vd. puede requerir la realización inmediata de pequeños gestos terapéuticos, tales como un taponamiento nasal, la cauterización de pequeñas zonas sangrantes, la aspiración del oído, etc. Su especialista le informará, en concreto, de cada una de ellas, de las pequeñas molestias que puedan suponer y de otros detalles que le puedan interesar.

Además, el estudio de diversas enfermedades, tales como el vértigo, la congestión nasal, la alergia, etc., pueden requerir la reproducción de dichas situaciones para su mejor estudio.

En el caso del paciente vertiginoso, a pesar del máximo cuidado, a lo largo de su exploración pueden producirse sensaciones de giro, con náuseas y malestar, inestabilidad o caídas accidentales.

Por otra parte, durante su consulta el médico puede necesitar una gran cantidad de información relativa a su salud o a consultas anteriores realizadas con otros especialistas. No oculte ningún dato sobre su caso, sobre los diagnósticos u opiniones expresados por otros especialistas, o sobre otras enfermedades, hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para los médicos que le atienden.

Debe advertir a su especialista si es portador de alguna enfermedad infecciosa o contagiosa para que el otorrinolaringólogo utilice una forma más adecuada de exploración.

Es de extraordinaria importancia que indique con precisión qué medicinas toma habitualmente o en el momento de la exploración, pues, en ocasiones, existen tratamientos incompatibles.

Además, el médico puede requerir tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de su proceso, así como las imágenes precisas –incluso de su rostro–, o las muestras de voz para la adecuada documentación del caso.

Como norma general, entienda que la **intención del médico es la de ayudarle**, por lo que debe colaborar activamente con él en el curso de su trabajo.

No dude en formular las preguntas o exponer las dudas que puedan surgir a lo largo de su exploración o tratamiento.

OÍDO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NERVIO FACIAL DEL LADO

Nombre y ap	oellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, el **ABORDAJE, LA VALORACIÓN Y ELTRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NERVIO FACIAL**, 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

El nervio facial es el encargado de proporcionar movilidad a la musculatura de la mitad correspondiente de la cara. También se encarga de otras funciones, como la vehiculización hasta el cerebro de la sensibilidad gustativa; la protección del oído frente a los ruidos intensos, etc. El nervio facial atraviesa el oído, envuelto en un conducto de hueso que lo protege. Hay ocasiones en las que diversas enfermedades de dicho nervio, como una inflamación o un traumatismo, aconsejan su abordaje quirúrgico y su tratamiento.

Así, hay casos en los que, como consecuencia de una inflamación del nervio, éste aumenta de volumen y queda aprisionado en el estuche de hueso que lo contiene. En otros casos, un traumatismo accidental o, incluso, la realización de una intervención quirúrgica, han podido lesionar el nervio y, en consecuencia, exigen su evaluación y reparación adecuada.

En el caso de que el especialista, por éstas u otras circunstancias, considere oportuno realizar un abordaje del nervio facial en su trayecto a nivel del oído, se realiza una intervención quirúrgica bajo anestesia general. Ésta se inicia mediante una incisión detrás del pabellón auricular. Después es necesario disecar el nervio de la envoltura de hueso que lo contiene para valorarlo adecuadamente y tratarlo, según los hallazgos de la intervención y el criterio del cirujano.

En ocasiones únicamente se requiere la liberación del nervio facial de la envoltura de hueso que lo contiene dentro del oído. En otros casos, si el cirujano encuentra interrumpido el trayecto del nervio, puede ser necesaria la extracción de pequeñas porciones de nervios de otras zonas del organismo –como, por ejemplo, del cuello—, a fin de utilizarlos como injertos del nervio facial dañado.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico–; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído–; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos. Tras la intervención se suele dejar un vendaje, que puede mancharse de sangre en las primeras horas, por ser una zona muy vascularizada, lo que no reviste ninguna importancia. Pueden aparecer vértigos, vómitos, ruidos en el oído, sensación de taponamiento de oído, picor y molestias. Todo ello es normal y suele ceder espontáneamente, o con el tratamiento adecuado.

El conducto auditivo debe mantenerse ocluido durante unos días y los puntos de sutura se suelen retirar tras una semana, aproximadamente. La estancia en el hospital depende del tipo de molestias que aparezcan en esos primeros días de evolución.

Posteriormente, con carácter ambulatorio, se realizarán revisiones en consulta y los controles de la función del nervio que el especialista considere oportunos. En ocasiones este tipo de intervenciones requieren diversos ejercicios de rehabilitación, masajes, etc.

La motilidad del territorio inervado no se suele recuperar con carácter inmediato tras la intervención quirúrgica. Mientras no se recupere la función del nervio, como quiera que no se puede ocluir el párpado, es conveniente proteger el ojo afectado con una gasa, durante la noche, y bajarse el párpado uno mismo, con la mano, con frecuencia, a lo largo del día, para evitar que se reseque. Se pueden aplicar, con el mismo fin, colirios, pomadas, lágrimas artificiales, etc. También es frecuente que haya más lagrimeo de lo habitual.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con la afectación del nervio facial y, en consecuencia, con la posible limitación de movimientos de la musculatura de la cara, así como las molestias relativas a la pérdida de la función del mencionado nervio.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La valoración correcta y el tratamiento quirúrgico apropiados del nervio facial pueden facilitar la recuperación de las funciones del nervio. No obstante, aun a pesar de que la intervención quirúrgica haya sido realizada con corrección, el nervio puede estar definitiva e irreversiblemente dañado, por lo que no se recuperaría el movimiento de los músculos de la cara, así como otras funciones del nervio facial.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Cabe la posibilidad de que el proceso patológico del nervio facial pueda curar espontáneamente o mediante otros tratamientos, como el tratamiento médico o el
 fisioterapéutico. El especialista debe valorar cada caso y aconsejarle en relación con los datos a su alcance.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Es posible
 que, aun realizada la intervención quirúrgica con absoluta corrección, la función del nervio facial no se
 recupere total o parcialmente. Por ello, sus diversos cometidos puedan quedar temporal, parcial, momentánea o definitivamente afectados.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 en la espalda del paciente.

Es posible, también, que persista, de manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Además, las estructuras del oído, tales como el tímpano, es posible que hayan quedado dañadas, por lo que, en ese caso, existiría una pérdida de audición y, además, no podría penetrar agua en el interior del oído. Excepcionalmente, la audición podría perderse completa e irreversiblemente.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela definitiva, vértigos de duración variable, disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–, infecciones tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos cerebrales, y alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular.

Cabe, excepcionalmente, la posibilidad de que el nervio facial deba ser abordado por otra vía diferente de la inicialmente proyectada, según los hallazgos durante la intervención quirúrgica.

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 ésta. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de éstas.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

■ DECLARACIONESY 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.

También entiendo 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.

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.....y en calidad de......y en calidad de......y en calidad de.....y en calidad de.....y en calidad de.....y en calidad 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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado
	······································

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la denominada **ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA**, 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

La administración endovenosa de histamina se utiliza, como medida de excepción, en el tratamiento de procesos auditivos, como la pérdida brusca de la audición, que no responden a otros tratamientos más convencionales, en un intento de producir un aumento del aporte de sangre al oído enfermo.

Esta técnica se realiza mediante punción en una vena, generalmente en el brazo o mano, del catéter de un sistema de gotero que contiene suero, al que se le ha añadido, previamente, una cantidad variable de histamina.

El goteo se inicia lentamente, aumentando la velocidad hasta que aparezcan una serie de manifestaciones, como enrojecimiento de cara y cuello o sensación de opresión en la cabeza, que nos indican la efectividad del tratamiento.

El paciente suele estar hospitalizado ya que, generalmente, está sometido a un tratamiento combinado con otras sustancias, o a vigilancia de la evolución de su enfermedad. Por ello, la duración del período de ingreso debe decidirla su médico.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA TERAPIA**, puede persistir la pérdida de la audición que ha justificado el tratamiento con histamina.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La mejoría de la audición o la disminución de los acúfenos –los ruidos del oído– son beneficios posibles, pero la efectividad del tratamiento es variable en cada caso, y dependen de numerosas circunstancias.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Existen otros tratamientos para tratar la pérdida brusca de la audición, tanto médicos como físicos, tales como otros tratamientos vasodilatadores, los fármacos neurotróficos, la sumisión a oxigenoterapia hiperbárica, etc. Por ello, es su médico quien debe decidir el tratamiento de su sordera, como mejor convenga a las circunstancias de cada caso.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Son raros.

 Normalmente están relacionadas con la hipotensión arterial—disminución de la presión arterial—, que se

produce debido al efecto vasodilatador –dilatación de los vasos– de la histamina. El efecto más frecuen-
te suele ser una pequeña lipotimia –desmayo– que suele ceder con facilidad.
No se puede excluir la posibilidad de un shock con parada cardiorrespiratoria.
Potencialmente, de forma muy excepcional, se puede presentar un broncoespasmo, es decir, un espas-
mo de los bronquios que impediría la entrada de aire al aparato respiratorio, lo que supone una compli-
cación grave que debe ser tratada inmediatamente.
RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES
Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

■ DECLARACIONESY FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la terapia 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 al mencionado tratamiento, y de las alternativas a esta terapéutica.

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.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTE TRATAMIENTO. 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	n el encabezamiento no es competente para decidi
	Firma del tutor o familiar
Por la presente, ANULO cualquier autorización plasn to a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobr derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.	nada en el presente documento, que queda sin efec re la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera
	Firma del paciente o representante legal

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DEL COLESTEATOMA DEL LADO

Nombre y apo	ellidos		
, ,		Número de historia clínica	
Diagnóstico (del proceso	Fecha	
		N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la **CIRUGÍA DEL COLESTEATOMA**, 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

El colesteatoma es una forma de infección crónica del oído medio que se caracteriza por la aparición de un seudotumor –un falso tumor– que es, en realidad, una bolsa formada por un tejido epitelial invasivo: un tejido «parecido a la piel», que crece invadiendo las cavidades del oído.

Las técnicas quirúrgicas habitualmente utilizadas reciben la denominación genérica de timpanoplastias. Existen diferentes tipos de timpanoplastias. En el caso concreto del colesteatoma, en algunos casos, la timpanoplastia tiene como objetivo la limpieza de las cavidades del oído que hayan podido ser comprometidas por esta enfermedad, y la reconstrucción, si es posible, de la cadena de huesecillos y de la membrana timpánica.

En otros casos, es necesario eliminar completamente el hueso que rodea al oído medio dejando una amplia cavidad a la que se accede a través del orificio auricular. Aun en este último caso, cabe la posibilidad de intentar una reconstrucción de la membrana timpánica y de la cadena de huesecillos.

En el caso del colesteatoma, incluso cuando la técnica quirúrgica haya sido irreprochable, éste tiende a reproducirse en un 30% de los casos, lo que obliga a revisiones repetidas del oído tratado.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se puede realizar a través del conducto, ampliando éste mediante una incisión que se inicia en el conducto y continúa hacia arriba, con una longitud de 2-4 cm, o –lo que es más frecuente— por detrás de la oreja.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico-; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza si la vía de abordaje ha sido retroauricular. En este último caso, la incisión se cierra mediante unos puntos de sutura que se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, mareo, sensación de adormecimiento en la cara por la anestesia, o una pequeña hemorragia que manche el taponamiento del conducto auditivo o el vendaje de sangre.

El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta 5 o 6 días, dependiendo de su situación postoperatoria. Posteriormente, será controlado en las consultas externas del servicio.

■ CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA QUE LA INTERVENCIÓN ORIGINA CON SEGURIDAD

Como ya se ha señalado, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada, el colesteatoma puede reproducirse por lo que es necesario, durante toda la vida del paciente, la revisión periódica del oído intervenido mediante la exploración clínica de éste e, incluso, mediante la realización de tomografías computarizadas –escáneres–.

En el caso de que se haya realizado una de las llamadas técnicas abiertas —en las cuales se ha convertido el oído medio en una cavidad a la que se accede a través del orificio del oído—, es necesaria la limpieza periódica de ésta. Asimismo, en el caso de estas técnicas abiertas, pueden aparecer infecciones periódicas de la mencionada cavidad y, también, con escasa frecuencia, una situación de supuración continua del oído.

Además, en estos casos de técnicas abiertas, puede resultar más dificultosa la adaptación de una prótesis auditiva.

Por último, en estas situaciones de cavidades operatorias, no es aconsejable la penetración de agua en el interior del oído intervenido, por lo que deberán utilizarse sistemas de impermeabilización del mismo, como tapones u otros.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con supuraciones de oído de forma intermitente, con posibilidad de pérdida de la audición; de complicaciones intracraneales, como meningitis, infecciones cerebrales, etc.; o de afectación de otras estructuras, como el nervio facial —apareciendo una parálisis facial o parálisis de los músculos de la cara—, o el laberinto, dando lugar a una laberintitis o afectación del oído interno.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Control del colesteatoma, de las complicaciones de origen infeccioso y, en lo posible, mejoría de la audición.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: En el caso del colesteatoma sólo la cirugía puede ser curativa.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes. Es posible que las estructuras del oído no hayan podido ser reconstruidas en su totalidad, por lo que, en ese caso, no podría penetrar agua en el interior del oído.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Cabe, también, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que ésta se pierda completa e irreversiblemente.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela definitiva; vértigos, de duración variable; disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–, y parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara–.

En algunos casos, se puede producir una fístula de líquido cefalorraquídeo, que es el líquido que rodea al cerebro, por lo que dicho líquido se exterioriza a nivel del oído. Ello supone que el espacio cerebral ha quedado comunicado con el exterior. Esta situación requiere un tratamiento específico, generalmente quirúrgico.

Es posible que aparezcan infecciones, tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos cerebrales. En el caso del oído, cabe la posibilidad de que, tras la intervención y a lo largo del tiempo, se produzca una supuración que requiera diferentes tratamientos médicos.

En la zona inmediata a la intervención quirúrgica existe una gruesa vena denominada seno venoso lateral. Si bien es infrecuente, cabe la posibilidad de que pueda lesionarse o infectarse en relación con la intervención quirúrgica. Excepcionalmente, podría verse comprometida la llamada arteria carótida.

En casos excepcionales, puede producirse una hernia de las meninges –membranas de la cavidad craneal– en el oído intervenido.

Pueden aparecer alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular y, como ya hemos señalado, la reaparición del colesteatoma.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico
--------------------	------------------

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA DESCOMPRESIÓN DEL SACO ENDOLINFÁTICO DEL LADO

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
•	N.° de colegiado
	ŭ

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la **DESCOMPRESIÓN DEL SACO ENDOLINFÁTICO**, 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

El laberinto constituye la porción más profunda del oído. Está integrado por una serie de cavidades formadas por paredes membranosas. Por ello, a esta porción del laberinto se la conoce con el nombre de membranoso. Dicho laberinto membranoso se encuentra rodeado por el llamado laberinto óseo, a modo de estuche de hueso. El laberinto membranoso está ocupado por un líquido llamado líquido endolinfático.

El saco endolinfático es un pequeño depósito de líquido endolinfático, perteneciente al laberinto membranoso.

Cuando, por causas desconocidas, la presión de este líquido endolinfático aumenta —lo que sucede en la llamada enfermedad de Ménière—, aparecen crisis de vértigos y, además, sordera y ruidos, en el oído enfermo. Por ello, una de las soluciones planteadas para resolver esta situación es el abordaje del mencionado depósito de líquido endolinfático y la colocación de un drenaje que alivie los aumentos de presión, cuando éstos se verifiquen.

El objetivo de la intervención es, pues, la curación o mejoría de las crisis de vértigo. No obstante, es necesario tener en cuenta que, cuando se toma la decisión de drenar el saco endolinfático, se suelen haber producido ya diversas crisis de aumento de la presión del líquido endolinfático, con lo que se han lesionado tanto las estructuras de la región anterior del laberinto, es decir, las encargadas de la audición, como las de la porción posterior del mismo, las encargadas del equilibrio.

En muchos casos, estas lesiones son irreversibles, de modo que, aun realizado el drenaje del saco endolinfático y, en consecuencia, prevenidas las crisis de aumento de presión del líquido y las consecuentes crisis de vértigo, es posible que se mantenga cierta sensación de inestabilidad y la sordera y los ruidos que existían con carácter previo. En ocasiones esta situación es transitoria, pero en otros casos puede ser permanente.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se verifica a través de una incisión realizada por detrás de la oreja.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico–; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelfiam[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído—; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras la intervención se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza. Los puntos de sutura se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, mareo, sensación de adormecimiento en la cara, por la anestesia, o una pequeña hemorragia que manche el taponamiento del conducto auditivo o el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta 5 o 6 días, según su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con sus crisis de vértigo de forma intermitente, con posibilidad de pérdida progresiva de la audición y aumento de ruidos en el oído afectado.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La intervención quirúrgica se dirige, únicamente, a la prevención de las crisis de vértigo.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Para prevenir o tratar las crisis de vértigo y la sordera y los ruidos producidos por el aumento de la presión del líquido endolinfático existen otros procedimientos, como tratamientos físicos, médicos u otras técnicas quirúrgicas como, por ejemplo, la inyección intratimpánica de gentamicina o de cortisona o la neurectomía vestibular. En general, la decisión de drenar el saco endolinfático se toma, por parte de su especialista, cuando se han mostrado ineficaces otros procedimientos considerados más simples.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes. Es posible que se mantenga, como secuela definitiva de su enfermedad, una cierta sensación de inestabilidad.

Es posible, también, que persista, de manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Cabe la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que la audición se pierda completa e irreversiblemente. Pueden aparecer o agravarse los acúfenos –ruidos en el oídoque, incluso, pueden quedar como secuela definitiva.

Puede aparecer, también, disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–, parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara–, e infecciones tanto del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos cerebrales.

En algunos casos, se puede producir una fístula de líquido cefalorraquídeo, que es el líquido que rodea el cerebro, por lo que dicho líquido se exterioriza a nivel del oído. Ello supone que el espacio cerebral

ha quedado comunicado con el exterior. Esta situación requiere un tratamiento específico, generalmente quirúrgico.

Pueden quedar secuelas poco estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular.

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.

OBSERVAC	IONESY CON	TRAINDICA	CIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA/ESTAPEDOTOMÍA DEL LADO

Nombre y apellidos			
		Número de historia clínica	
Diagnóstico del proce	eso	Fecha	
Médico informante		N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **ESTAPEDECTOMÍA** o **ESTAPEDOTOMÍA**, 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 estapedectomía y la estapedotomía son las técnicas quirúrgicas utilizadas, generalmente, para tratar la llamada otosclerosis u otospongiosis. Esta enfermedad se produce como consecuencia de la fijación, y consecuente inmovilización, de uno de los huesecillos del oído —el estribo—, por lo que éste deja de transmitir el sonido originandose así una sordera que, en ocasiones, se acompaña de ruidos —zumbidos— y vértigos.

Estas intervenciones consisten en, mediante visión microscópica, acceder al citado huesecillo, generalmente a través del conducto auditivo, extraerlo, total o parcialmente, y sustituirlo por una pequeña prótesis que posea la movilidad necesaria para transmitir de nuevo el sonido, recuperando así la audición. En ocasiones, esta prótesis se debe apoyar en una pequeña membrana, un injerto, que se obtiene, generalmente, del trago –pequeño cartílago situado delante del conducto auditivo externo— o de una vena del brazo o la mano.

La anestesia empleada, en esta intervención, puede ser local o general.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico-; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

La permanencia en el hospital después de la operación varía, generalmente, entre unas horas y diversos días, según la evolución de los mareos que aparecen, frecuentemente, tras la intervención y cuya duración varía mucho de una persona a otra.

Tras la operación es normal que se note una pequeña alteración en el sabor de algunos alimentos que, normalmente, se recupera poco tiempo después.

En el inmediato período postoperatorio el paciente debe evitar la penetración de agua a nivel del oído operado, y no debe viajar en avión durante, al menos, 3 semanas. Si se suena la nariz, debe hacerlo con pre-

caución y primero de un lado y luego del otro. Si el paciente estornuda, debe hacerlo con la boca abierta y sin taparse la nariz.

Por lo general, entre 10 y 20 días después de la cirugía el paciente podrá reiniciar su actividad laboral normal. En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es previsible que la evolución de la enfermedad ocasione una sordera progresiva, que puede llegar a ser muy importante.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Recuperación de la audición según la afectación del oído interno. Esta recuperación se produce en más del 95% de los pacientes. La cirugía no asegura la desaparición de los ruidos –zumbidos– en el oído afectado, ni de los mareos, aunque también pueden desaparecer tras la misma.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El tratamiento médico se muestra ineficaz para la recuperación de la audición. La colocación de una audioprótesis puede mejorar la audición del paciente. Los ruidos y los mareos pueden mejorar mediante diversos tratamientos médicos que obtienen resultados muy variables.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que, como consecuencia de la incisión o de la manipulación del tímpano, se produzca una perforación timpánica o una infección del oído.

Ya hemos indicado la posibilidad de que aparezcan mareos que pueden prolongarse más allá de lo normal e, incluso, quedar como secuela. Es posible, también, que no se recupere la audición e, incluso, excepcionalmente, que ésta empeore hasta el extremo de perderse completamente.

Como quiera que se ha utilizado una pequeña prótesis para restablecer la audición, la movilización accidental o espontánea de aquélla puede suponer la pérdida de la audición, aun mucho tiempo después de haberse realizado la intervención quirúrgica. Ello exigiría una reintervención para la correcta recolocación de la prótesis.

Pueden quedar, como secuela, acúfenos -ruidos en el oído- que pueden ser intensos.

En el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. Su lesión accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis facial, aunque es extremadamente rara.

En la proximidad del oído se encuentra el seno lateral y el golfo de la vena yugular. Si su posición anatómica no es la normal, podrían llegar a lesionarse, lo que originaría una hemorragia que podría imposibilitar la intervención.

En un porcentaje muy bajo de los casos, es posible que, al abrir el oído interno, se produzca una fístula tan abundante del llamado líquido perilinfático que el cirujano deba realizar la intervención quirúrgica de tal forma que se asegure de que no queda una fístula permanente del mencionado líquido. Ello conlleva un pronóstico funcional peor en la recuperación de la audición.

En la mayor parte de los casos, la apertura del oído interno —lo que hemos llamado estapedectomía o estapedotomía— se suele realizar con facilidad. No obstante, excepcionalmente, cabe la posibilidad de que esa zona del oído esté más osificada de lo esperable —la llamada forma obliterante— por lo que el cirujano pueda requerir la utilización de diminutos trépanos para realizar su labor. Ello suele aumentar el riesgo de lesión de la porción más profunda del oído y, en consecuencia, un peor pronóstico funcional.

Por lo general, la intervención se realiza por dentro del conducto del oído, pero en algunos casos de conducto muy estrecho, éste debe ampliarse o, incluso, utilizar otra vía de acceso al oído.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONT	RAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓNY AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS PERIAURICULARES DEL LADO

Namah ma v as	11: - 1	
Nombre y ap	pelildos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
_	•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS PERIAURICULARES**, 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

Las fístulas periauriculares son trayectos huecos que, desde la piel, profundizan hacia el interior del cráneo o de la cara del paciente. Tienen un origen congénito y sus manifestaciones clínicas y situación son muy variables por lo que sólo en determinados casos, el especialista aconseja la extirpación.

La intervención quirúrgica se realiza, generalmente, bajo anestesia general. Suele requerir, para la mejor extirpación del trayecto fistuloso, la inyección de un colorante –como el azul de metileno– que tiña el trayecto fistuloso y permita una mejor localización durante la intervención quirúrgica. La extirpación de la fístula se realiza a la demanda de ésta y es variable según su longitud, dirección, etc.

Tras la extirpación se realiza una reconstrucción de la zona y una cuidadosa sutura.

La permanencia en el hospital, después de la operación, varía generalmente entre unas horas y varios días, según la evolución de cada caso.

Tras la operación, podría ser normal que se notara una pequeña hemorragia que manchara el vendaje. En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, continuarán los síntomas relativos a la fístula congénita: la secreción de una sustancia purulenta, la formación de infecciones en la proximidad del pabellón auricular, etc.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: La extirpación de las fístulas periauriculares, además de tratar la existencia del orificio fistuloso y los posibles trastornos estéticos que éste pueda producir, previene la aparición de sus manifestaciones clínicas, como la secreción intermitente o constante, y la formación de infecciones que, en ocasiones, pueden ser graves.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No existe un procedimiento alternativo de eficacia contrastada.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La extirpación de las fístulas periauriculares suele ser un procedimiento sencillo y carente de complicaciones. No obstante, en algunos casos, el trayecto fistuloso puede alcanzar niveles muy profundos en el cráneo

o la cara y aproximarse a órganos muy importantes, por lo que, en el intento de extirpación, pueden producirse diversas lesiones.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Cabe la posibilidad de que quede, como secuela, una estrechez del conducto del oído.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular o, por el contrario, un dolor neurálgico.

Cabe la posibilidad de que, como consecuencia de la incisión o de la manipulación de la piel del conducto, se produzca una infección del oído, que requeriría tratamiento.

En el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. Desde allí, alcanza los músculos a los que inerva a través de la región inferior del oído, por lo que cabe la posibilidad de que pueda ser alcanzado por las maniobras de extirpación y lesionado en diferente grado. Su sección accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis facial, aunque es extremadamente rara.

Podría aparecer, también, una pequeña hemorragia o una equimosis en la región de la intervención quirúrgica.

Puede quedar un pequeño tatuaje de la zona por el colorante utilizado en la localización del trayecto fistuloso.

En la porción anterior del oído se encuentra la glándula parótida, que podría ser alcanzada durante el procedimiento de extirpación. Por ello, puede quedar como secuela una fístula salival, que drenaría en la zona fistulosa.

Por último, las fístulas suelen ser de trazado complejo por lo que puede quedar algún pequeño resto de éstas. Si así fuera, se reproduciría la fístula, lo que requeriría un nuevo tratamiento quirúrgico.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE EXTIRPACIÓN DEL NEURINOMA DEL ACÚSTICO DEL LADO

Nombre y apellidos	
Edad DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXTIRPACIÓN DEL NEURINOMA DEL ACÚSTICO**, 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

El neurinoma del acústico es una formación tumoral, de naturaleza benigna, que crece en la raíz vestibular —o del equilibrio— del nervio estato-acústico, que es el que transporta la sensación auditiva y equilibratoria desde el oído hasta el cerebro.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se realiza a través de una incisión a nivel de la pared del cráneo, por encima o por detrás de la oreja. A través de esa incisión se abre una ventana en la pared de hueso del cráneo que permitirá el acceso al interior de la cavidad craneal para la extirpación del tumor. Una vez que se ha resecado el tumor, se cerrará la ventana en la pared del cráneo mediante la colocación, en algunos casos, del hueso retirado previamente y la sutura de los músculos y la piel.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico-; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras la intervención, se coloca un vendaje en la cabeza. Los puntos de sutura se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer molestias en el oído, en la cabeza, en la mandíbula, así como mareo, sensación de adormecimiento de la cara, o una pequeña hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital de 7 a 10 días, según su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el tumor, aun siendo benigno, crecerá lenta, pero progresivamente, hasta afectar a otros nervios del cráneo e, incluso, puede llegar a adquirir un tamaño tal que produzca una compresión de las estructuras cerebrales.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Extirpación del tumor.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La radiocirugía es una técnica de radioterapia que puede utilizarse, como procedimiento alternativo, a la técnica quirúrgica descrita. Por otra parte, a partir de cierta edad y según el tamaño del tumor, puede ser preferible una actitud expectante de la evolución del mismo. Su médico le aconsejará la mejor conducta a seguir según sus circunstancias particulares.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que se produzca una disminución de la audición e, incluso, de que ésta se pierda completa e irreversiblemente.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o la espalda del paciente.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela definitiva, vértigos, que suelen ceder a lo largo de un tiempo, y disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–.

Es, también, posible que aparezca una parálisis facial —parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara— que puede ser transitoria o permanente. Cabe la posibilidad de que, durante la intervención o en el período postoperatorio inmediato, se produzca una hemorragia de los vasos del interior del cráneo. Esta hemorragia puede ser importante, obligando, incluso, a suspender la intervención quirúrgica o, si aparece tras ésta, a realizar una nueva intervención.

Puede aparecer una fístula de líquido cefalorraquídeo —el líquido que rodea el cerebro, dentro de la cavidad craneal—, lo que exigiría el tratamiento adecuado para cada caso pero que, incluso, podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

También, puede aparecer un edema cerebral –inflamación del cerebro–, que obliga a un tratamiento adecuado y que puede llegar a ser fatal. Asimismo, pueden aparecer infecciones cerebrales, como meningitis o abscesos.

Es posible que aparezcan cefaleas durante un cierto tiempo.

Cabe la posibilidad, también, de que se produzcan alteraciones estéticas del pabellón auricular y trastornos masticatorios, si la incisión se ha realizado en la pared lateral del cráneo, por encima del pabellón auricular.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN QUEMODECTOMA TIMPÁNICO DEL LADO

Nombre y apel	llidos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico d	el proceso	Fecha
•	•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXTIRPACIÓN DE UN QUEMODECTOMA TIMPÁNICO**, 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 extirpación de un quemodectoma timpánico es una técnica quirúrgica destinada a la extracción de un tumor benigno, pero de crecimiento progresivo, que se encuentra en el interior del oído medio.

La intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia general y visión microscópica, a través del propio conducto auditivo, ampliándolo o a través de una incisión realizada detrás del pabellón auricular.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto auditivo que se retirará tras unos días y, en el caso de abordaje por detrás del pabellón, se realiza una sutura cuyos puntos se retirarán en unos 7 días.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico-; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Durante las primeras horas, tras la cirugía, pueden aparecer ligeras molestias en el oído como dolorimiento, sensación de ocupación, ruido, etc., así como sensación de ligero adormecimiento de la cara. Es frecuente, también, que se manche el taponamiento del conducto o el vendaje, de sangre.

El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta unos días, según diferentes circunstancias. Posteriormente, será controlado en las consultas externas del servicio.

Como normas generales, deberá evitar la penetración de agua en el oído operado y no viajar en avión durante las 3 semanas siguientes a la cirugía. Se sonará la nariz con cuidado, primero una fosa y después la otra, y estornudará sin taparse la nariz.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el quemodectoma continuará creciendo, lo que puede justificar una pérdida de audición, sensación de resonancia de su propia voz en el oído, ruidos en el oído, mareos e, incluso, a largo plazo, hemorragia, infecciones y la parálisis del nervio que inerva los músculos de la mitad correspondiente de la cara. Por otra parte, a lo largo del crecimiento de la tumoración podría aparecer una perforación timpánica. Mientras ésta exista, el paciente debe evitar la penetración de agua en su oído.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: La extirpación del quemodectoma evitará las consecuencias derivadas del crecimiento de éste. Puede, además, mejorar la audición, la sensación de resonancia, los ruidos, la hemorragia y la infección en el caso de que hubieran aparecido. La recuperación del movimiento de los músculos de la cara, en el caso de que se hubiesen visto afectados, es posible, aunque más improbable.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No existen procedimientos alternativos de contrastada eficacia.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes. Cabe la posibilidad de que se produzca una hemorragia de cierta intensidad o persistencia que obligara a la revisión de la intervención quirúrgica.

Es posible, también, que aparezca una perforación timpánica.

Cabe, además, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que se pierda completa e irreversiblemente.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído–, vértigos, disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–, parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la cara–, e infecciones, tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos.

Esta formación cabe la posibilidad de que se prolongue hacia el suelo de la caja del tímpano por donde circula una gran vena denominada yugular que podría llegar a lesionarse.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES
Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE IMPLANTE COCLEAR DEL LADO

Nombre y apellidos		
Diagnóstico del proceso Fecha Fecha		
	del procesoFe	echa
Médico informanteN.° de colegiadoN.°	nante	colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **IMPLANTE COCLEAR**, 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

El implante coclear es un conjunto de aparatos que transforma las señales acústicas en señales bioeléctricas que estimularán directamente el nervio auditivo, cuando el oído interno está dañado y no es posible la utilización de prótesis auditivas convencionales.

El implante coclear consta, básicamente, de dos partes: la llamada unidad externa, que es visible desde el exterior; y la unidad interna, que es la que se implanta, realmente, en el paciente. Ambas unidades no tienen contacto físico entre ellas. La transmisión de los datos entre la parte externa y la parte interna se verifica a través de una bobina de inducción y de forma digital. La unidad interna queda insertada en la pared lateral del cráneo y dispone de un haz de electrodos que se introducen en el caracol —la porción más profunda del oído—, a través de un orificio practicado en las proximidades de la ventana redonda, que es una zona concreta del oído.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se puede realizar a través de incisiones de muy diversos tipos.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® –un pegamento bio-lógico–; Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® o Surgicel® –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído–; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos. Tras la intervención se coloca un vendaje o apósito en la cabeza del paciente. La incisión se cierra mediante unos puntos de sutura que se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído: mareo, sensación de adormecimiento en la cara o una pequeña hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital durante un tiempo variable, desde unas horas hasta 5 o 6 días, según su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

El implante coclear es claramente perceptible bajo la piel del cráneo del paciente.

Un mes después de la intervención se iniciará la reeducación auditiva del paciente, que se prolongará a lo largo de un período de tiempo variable, dependiendo de cada caso.

Oído Implante coclear

Es aconsejable, para evitar que las infecciones del oído puedan alcanzar el interior del cráneo y producir una meningitis, someterse al tratamiento con una vacuna neumocócica. Su médico le orientará en ese sentido.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con el nivel auditivo previo.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: La mejoría de la audición es variable en cada caso. Generalmente se considera satisfactoria y ello permite, tras un período de tiempo variable y la reeducación adecuada, la recuperación o mejoría del lenguaje, en mayor o en menor medida, en los casos en los que éste hubiera quedado comprometido por la falta de la audición.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El implante coclear está indicado en aquellas situaciones
 en las que las prótesis auditivas convencionales no son utilizadas con un aprovechamiento aceptable. La
 prótesis auditiva no puede considerarse, pues, como un tratamiento alternativo. Por otra parte, tanto el
 lenguaje de signos, como la labiolectura, pueden considerarse procedimientos alternativos, o complementarios, como aporte de información al paciente.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes. Se puede producir una pequeña moradura o edema en la zona de los párpados del lado intervenido. También un hematoma, bajo la piel del cráneo. Por lo general, carecen de importancia y se reabsorben por sí solos.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Dependiendo de la incisión realizada, pueden producirse, durante unos días, molestias al masticar.

Durante la intervención, cabe la posibilidad de que, en un intento de introducir el implante en el oído interno, se produzca una lesión de la arteria carótida. Dicha complicación es excepcional pero debe quedar reflejada ya que, en ocasiones, esta cirugía se realiza en oídos malformados.

El implante coclear se introduce en el oído interno a través de un diminuto orificio. Si bien esta introducción se realiza con todo cuidado, cabe la posibilidad de que la dirección que adopten los electrodos no sea la correcta. Ello podría requerir una segunda intervención destinada a la recolocación de los mismos.

En otros casos, el oído interno puede hallarse obliterado a pesar de que las exploraciones realizadas hayan resultado normales. Ello puede impedir la introducción del implante o requerir una técnica distinta con la utilización de otros modelos de implante y un resultado auditivo peor.

En un porcentaje muy bajo de los casos, es posible que, al abrir el oído interno, se produzca una fístula tan abundante del llamado líquido perilinfático, que el cirujano deba realizar la intervención quirúrgica de tal forma que se asegure de que no queda una fístula permanente del mencionado líquido. A pesar de ello, si quedase una fístula del mencionado líquido, a pesar del tratamiento médico, puede ser necesaria una segunda intervención quirúrgica destinada a solucionar el problema.

Cabe la posibilidad de que se produzca una perforación en el tímpano del oído, que podría quedar como secuela.

Implante coclear Oído

Es posible, también, que persista, de manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Cabe, también, la posibilidad de que no se recupere la audición en la medida prevista o esperada y de que se pierdan, completa e irreversiblemente, los restos de audición que pudieran existir en el oído intervenido. Además, la recuperación de la audición no significa, necesariamente, la comprensión del lenguaje. Este fenómeno es mucho más complejo y está relacionado con diferentes circunstancias como por ejemplo, la edad, el momento de aparición de la hipoacusia, el nivel de desarrollo previo del lenguaje, el tiempo de hipoacusia, etc.

En algunos casos, los componentes implantados pueden, accidentalmente, desplazarse bajo la piel. Su médico valorará la situación, en cada caso, y le aconsejará el mejor tratamiento.

Es posible que cualquier elemento integrante del implante coclear pueda intentar ser eliminado –rechazado– por el organismo y, en consecuencia, pueda aparecer a través de la piel del paciente. Se trata de una complicación que requeriría una nueva intervención quirúrgica.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– y vértigos, que generalmente son pasajeros. Es posible que aparezca una disgeusia –alteración en la sensación gustativa– que puede prolongarse durante cierto tiempo o ser definitiva. Puede aparecer una parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara– que puede ser transitoria pero también definitiva.

Pueden aparecer infecciones, tanto a nivel del oído, como de la cavidad operatoria y cerebrales, como meningitis o abscesos.

Se han descrito casos en los que el implante coclear estimula anormalmente el nervio facial –que es el destinado al movimiento de los músculos de la cara—. Si esta eventualidad se produjese, su médico le aconsejará la conducta que deberá seguir. Esto podría implicar una nueva intervención quirúrgica.

Pueden aparecer alteraciones estéticas del pabellón auricular o cicatrices poco estéticas o dolorosas. Por último, el implante, como todos los dispositivos electrónicos, puede sufrir una avería, lo que exigiría su sustitución mediante una nueva intervención quirúrgica.

Por otra parte, la implantación de uno de estos dispositivos supone una limitación para la utilización posterior de algunas técnicas diagnósticas, como algunas modalidades de resonancia magnética (RM); terapéuticas, como el bisturí monopolar; y situaciones como la utilización de detectores de metales.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES	
Y PROFESIONALES	
	•
	•

Oído Implante coclear

■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Esta intervención implanta una prótesis con dos componentes. Por ello, el paciente debe, con carácter previo a la intervención, valorar los diferentes aspectos relativos a la puesta en marcha y mantenimiento de la porción externa del implante.

A este respecto, por lo general, la intervención quirúrgica supone que la Administración Sanitaria correspondiente, en el caso de la sanidad pública, se hace cargo de la adaptación audiológica y la rehabilitación necesaria del implante coclear. No obstante, ni la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se harán cargo de las reparaciones necesarias de las averías que puedan producirse en el componente externo. De la misma manera, tampoco se harán cargo de los costes en caso de avería, ni la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se harán cargo de la cesión temporal de un implante coclear durante el período de reparación. Tampoco proporcionarán las pilas necesarias para el funcionamiento del implante. Además, no se harán cargo de ninguna pieza del componente externo del implante coclear que se necesite por pérdida o rotura, avería o accidente. Por el contrario, la Administración Sanitaria recambiará el componente interno del implante coclear cuando, a juicio del médico, sea preciso. La intervención quirúrgica no supone la asunción de ningún seguro relativo a la pérdida o rotura del implante coclear que, en todo caso, puede ser realizado con carácter particular por el paciente. Por otra parte, la responsabilidad de la custodia de la prótesis es exclusiva del paciente o sus familiares. No obstante, según la edad del paciente, la enfermedad que padezca u otros aspectos, estas circunstancias pueden cambiar, por lo que deben ser valoradas, con detalle, por el propio paciente. Su médico le orientará, en este sentido.

La rehabilitación logopédica es necesaria y su duración es variable según los pacientes. Por ello, tanto éstos, como sus familiares deben asumir la responsabilidad de realizarla para obtener el mejor rendimiento posible del implante coclear.

Si la intervención se realiza a cargo de un compañía de seguros privada, el paciente deberá consultar las

prestaciones y coberturas a que tiene derecho y que, en ningún caso, correrán por cuenta del médico.

Implante coclear Oído

■ DECLARACIONESY 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.

También entiendo 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.

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.*	y en calidad de
es consciente de que el paciente cuyos datos fi	guran en el encabezamiento no es competente para decidir
en este momento, por lo que asume la respon	sabilidad 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LABERINTECTOMÍA DEL LADO

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado
	ŭ

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **LABERINTECTOMÍA**, 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 laberintectomía es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo la destrucción del llamado laberinto, es decir, del oído interno.

El laberinto puede dividirse, fundamentalmente, en dos partes: el laberinto anterior, que se llama caracol, y constituye la porción más profunda del órgano de la audición; y el laberinto posterior, que es una de las porciones más importantes del órgano del equilibrio.

Cuando se destruye el laberinto se afecta tanto el laberinto anterior, el auditivo, como el laberinto posterior, el equilibratorio.

La destrucción del laberinto anterior determina una sordera total e irreversible para ese oído, en muchos casos acompañada de acúfenos, es decir, de ruidos del oído.

La destrucción del laberinto posterior justifica una pérdida de las funciones del equilibrio de ese lado por lo que, tras un período de adaptación, la función del equilibrio se verificará, únicamente, a partir de la actividad del laberinto del lado sano.

El objetivo de la destrucción del laberinto es la curación o mejoría del vértigo. Se basa en la idea de que el laberinto enfermo está enviando al cerebro informaciones erróneas, que son las responsables del vértigo. Por ello, si lo destruimos, evitaremos esa información equívoca y mejorarán los síntomas vertiginosos del paciente.

Para desenvolverse con un solo órgano del equilibrio se precisa un período posterior de aprendizaje. Éste puede tener una duración muy variable, desde pocas semanas, a varios años. Durante ese tiempo el paciente presenta una sensación de vértigo o inestabilidad continuos, con momentos de mayor o menor intensidad. En ocasiones, puede que estos síntomas, incluso, no lleguen a desaparecer del todo.

Para superar esta fase de adaptación es necesario realizar una serie de ejercicios que ayuden a la adaptación del equilibrio a su nueva situación. Por ello es fundamental seguir las instrucciones del médico en cuanto a movilización y ejercicios que se deben efectuar. Es importante intentar realizar los movimientos más habituales, a pesar del desequilibrio, para que la recuperación se produzca cuanto antes.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se realiza a través del orificio del oído o, en otras ocasiones, mediante una incisión retroauricular, es decir, por detrás de la oreja.

Laberintectomía Oído

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico–; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído–; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras la intervención se coloca un vendaje en la cabeza. Los puntos de sutura se retirarán entre los 5 y los 7 días.

Tras la intervención pueden aparecer molestias en el oído o en la cabeza.

Puede aparecer sensación de adormecimiento de la cara, o una pequeña hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital de 7 a 10 días, en dependencia de su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es muy probable que no cese su sintomatología vertiginosa, únicamente, con el tratamiento médico.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría del síndrome vertiginoso.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El tratamiento médico, otros tipos de laberintectomía

 destrucción del laberinto- como, por ejemplo, la laberintectomía química, la descompresión del saco
 endolinfático y la sección del nervio vestibular.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela definitiva.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Es posible que los vértigos persistan durante un tiempo hasta que se verifique el proceso de adaptación, ya comentado. No obstante, en ocasiones no desaparecen nunca. Puede aparecer también oscilopsia, que es una sensación de movimiento de los objetos, generalmente durante la marcha.

Puede aparecer disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–. Es, también, posible que aparezca una parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara–, que puede ser transitoria o permanente.

Cabe la posibilidad de que, durante la intervención o en el período postoperatorio inmediato, se produzca una hemorragia de los vasos del interior del cráneo. Esta hemorragia puede ser importante obligando, incluso, a suspender la intervención quirúrgica o, si aparece tras ésta, a realizar una nueva intervención.

Puede aparecer una fístula de líquido cefalorraquídeo —que es el líquido que rodea al cerebro, dentro de la cavidad craneal—, lo que exigiría el tratamiento adecuado para cada caso pero que, incluso, podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

También, pueden aparecer infecciones cerebrales, como meningitis o abscesos. Es posible que aparezcan cefaleas, que pueden durar durante un cierto tiempo. Cabe la posibilidad, también, de que se produzcan alteraciones estéticas del pabellón auricular:

Oído Laberintectomía

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Laberintectomía Oído

DECLARACIONESY 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LABERINTECTOMÍA QUÍMICA CON GENTAMICINA DEL LADO

Nombre y ap	pellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **LABERINTECTOMÍA QUÍMICA CON GENTAMICINA**, 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

El tratamiento del síndrome vertiginoso originado en el oído es fundamentalmente médico —es decir, con medicamentos— pero, cuando se ha llevado a cabo durante un tiempo prudencial y no se ha conseguido la mejoría perseguida, es necesario plantear otros tratamientos. Uno de ellos es la laberintectomía química, mediante la inyección de gentamicina a través del tímpano. En general, mediante este procedimiento se admite una mejoría en las crisis de vértigo en el 90% de los casos.

El procedimiento se realiza bajo anestesia local. Se administra una dosis de gentamicina a través de una pequeña incisión en la superficie del tímpano o de un microtubo colocado en el tímpano, a tal efecto.

A continuación es preciso mantener reposo en posición lateral durante una hora. Esta dosis puede repetirse, según distintos criterios, tiempo después.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es muy probable que no cese su sintomatología vertiginosa, únicamente, con el tratamiento médico.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría del síndrome vertiginoso.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El tratamiento médico y otros tipos de laberintectomía, así como la llamada neurectomía vestibular.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Tras la administración suele producirse cierta sensación de mareo o inestabilidad, que no suele ser demasiado intensa y que se puede prolongar durante unas horas. En ocasiones, puede desencadenarse una crisis de vértigo giratorio que puede ser más intensa y durar más tiempo, en cuyo caso se precisa la administración de medicaciones denominadas, genéricamente, sedantes vestibulares.

No se ha demostrado que este tratamiento modifique el acúfeno –ruido en el oído–. Lo habitual es que éste permanezca estable, aunque también puede empeorar de forma, generalmente, temporal. Además, puede producirse una hipoacusia –sordera– de intensidad variable e, incluso, la pérdida total de la audición para ese oído.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALESY PROFE-				
SIONALES				
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES				

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 pudiera ser relevante 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, advirtiéndomelo previamente.

También entiendo 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.

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	DNIy en calidad de
	ın en el encabezamiento no es competente para decidi
en este momento, por lo que asume la responsabil	idad de la decisión, en los mismos términos que haría e
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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIRINGOPLASTIA DEL LADO

NI a mala ma a a a	III: d	
Nombre y a	peiiiaos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
Médico infor	rmante	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **MIRINGOPLASTIA**, 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 miringoplastia es una técnica quirúrgica destinada al cierre de una perforación timpánica mediante la colocación de un injerto.

Se realiza bajo visión microscópica tanto a través del propio conducto auditivo como a través de una ampliación de éste, o mediante una incisión realizada detrás del pabellón auricular.

Este tipo de cirugía está indicado en el tratamiento de perforaciones timpánicas que no hayan sufrido una supuración en los últimos tres meses.

El material utilizado para cerrar la perforación del tímpano puede ser fascia temporal—el recubrimiento externo del llamado músculo temporal— cartílago, o bien pericondrio—tejido que recubre el cartílago de la oreja—, tomados siempre del propio paciente.

La intervención puede realizarse bajo anestesia local, con sedación y analgesia, o general, dependiendo de diferentes circunstancias, como la vía de acceso, la edad, la personalidad del paciente, etc.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico–; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído–.

Tras la intervención se coloca un taponamiento en el conducto auditivo que se retirará tras unos días y, en el caso de abordaje por detrás del pabellón, se realiza una sutura, cuyos puntos se retirarán en unos 7 días.

Durante las primeras horas tras la cirugía, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, como dolorimiento, sensación de ocupación, ruido, etc., así como sensación de ligero adormecimiento de la cara. Es frecuente, también, que se manche el taponamiento del conducto o el vendaje de sangre.

El paciente permanecerá en el hospital unas horas o hasta el día siguiente, según diferentes circunstancias. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

Como normas generales, deberá evitar la penetración de agua en el oído y viajar en avión durante las tres semanas siguientes a la cirugía. Se sonará la nariz con cuidado, primero una fosa y después la otra, y estornudará sin taparse la nariz.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con los síntomas propios de la perforación, como la pérdida de audición, la sensación de resonancia y el ruido en el oído, si es

Oído Miringoplastia

que existían con anterioridad. Por otra parte, mientras la perforación timpánica exista, el paciente debe evitar la entrada de agua en su oído ya que podrían aparecer supuraciones de forma intermitente, con la posibilidad de pérdida de audición tras infecciones repetidas. Estas supuraciones pueden aparecer, también, espontáneamente, sin que penetre agua en el oído del paciente.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Cierre de la perforación. Mejoría de la audición, de la sensación de resonancia y de los ruidos, en muchos casos. Posibilidad de penetración de agua en el oído. Eliminación de la supuración del oído.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Evitar la entrada de agua en el oído. Prevenir y tratar los procesos catarrales. Tratamiento médico de la supuración, cuando aparezca.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general, son poco frecuentes. Cabe la posibilidad de que persista la perforación, que podría, incluso, aumentar de tamaño.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Cabe también la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que ésta se pierda completa e irreversiblemente.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído–, vértigos y disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–.

Es posible que aparezca una parálisis facial —parálisis del nervio de los músculos de la cara—, e infecciones, tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Miringoplastia Oído

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIRINGOTOMÍA/DRENAJE TRANSTIMPÁNICO DEL LADO

Nombre v apellic	los	
		Número de historia clínica
Diagnóstico del	proceso	Fecha
Médico informan	te	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **MIRINGOTOMÍA/COLOCACIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO**, 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 miringotomía, con o sin colocación de drenajes transtimpánicos, tiene por objeto airear el oído medio y, en ocasiones, extraer la secreción que pueda existir en él. Para ello se realiza, bajo visión microscópica, una pequeña incisión en el tímpano, a través de la cual se aspirará el posible contenido del oído medio. En ocasiones, se coloca un pequeño tubo de drenaje en la incisión timpánica, para evitar que éste se cierre, permaneciendo en ese lugar un tiempo variable que suele oscilar entre 6 meses y 1 año.

La intervención puede realizarse bajo anestesia general o local, dependiendo de la colaboración del paciente.

Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, así como el drenaje de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento.

El paciente permanece unas horas en el hospital y los controles se realizan de forma ambulatoria en las consultas externas.

Aun cuando existan otras opiniones, como norma general, mientras lleve colocado el tubo de drenaje deberá evitar que penetre agua en el oído, para evitar la aparición de infecciones.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con los síntomas dependientes de la falta de aireación del oído medio, como la pérdida de audición, los ruidos del oído, etc. Además, el paciente puede sufrir episodios inflamatorios agudos de repetición o, incluso, la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la audición y evitación de otro tipo de procesos inflamatorios del oído.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Si bien la llamada otitis serosa tiene un tratamiento médico, ante el fracaso del mismo, no se conocen procedimientos de contrastada eficacia. No obstante, otro

tipo de intervenciones quirúrgicas, como la adenoidectomía o la amigdalectomía pueden estar indicadas de forma complementaria o alternativa. En el caso de las otitis de repetición, existen diversos tratamientos médicos o quirúrgicos, como los ya señalados. En el caso de otras situaciones que requieran la ventilación del oído medio, como quiera que puedan ser muy diferentes y complejas, deberá dejarse aconsejar por el criterio de su médico.

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes y, entre ellos, figura una pequeña hemorragia, la infección del oído con dolor y supuración, el rechazo y expulsión del drenaje y la aparición de una perforación residual con agravación de la hipoacusia.

Excepcionalmente, el paciente puede sufrir la pérdida absoluta de la audición o cofosis, acúfenos –ruidos en el oído–, vértigos, la llamada disgeusia –alteraciones de la sensación gustativa– y una parálisis facial –es decir, de los músculos que mueven la cara– que suele ser debida a la anestesia local, por lo que suele ser transitoria.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico
--------------------	------------------

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NEURECTOMÍA VESTIBULAR DEL LADO

Nombre y apell	idos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico de	l proceso	Fecha	
Médico informa	nte	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **NEURECTOMÍA VESTIBULAR**, 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 neurectomía vestibular es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo la sección de las raíces vestibulares —es decir, del equilibrio— del nervio estato-acústico, que es el que transporta la sensación auditiva y equilibratoria desde el oído hasta el cerebro.

Una vez que se ha seccionado el nervio vestibular, tras un período de adaptación, la función del equilibrio se verificará a partir de la actividad del nervio vestibular del lado sano, con lo que debe desaparecer la sensación de vértigo.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se realiza a través de una incisión a nivel de la pared del cráneo, por encima o por detrás de la oreja. A través de esa incisión se realiza una ventana en la pared de hueso del cráneo que permitirá el acceso al interior de la cavidad craneal para la sección del nervio vestibular. Una vez seccionado el nervio vestibular, se cierra la ventana realizada en la pared del cráneo y se suturan los músculos y la piel. Tras la intervención se coloca un vendaje en la cabeza. Los puntos de sutura se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas tras la intervención pueden aparecer molestias en el oído, en la cabeza, en la mandíbula, así como mareo, sensación de adormecimiento de la cara o una pequeña hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital de 7 a 10 días, según su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es muy probable que no cese su sintomatología vertiginosa, únicamente con el tratamiento médico.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría del síndrome vertiginoso.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El tratamiento médico y otros tipos de laberintectomía
 destrucción del laberinto—.

Oído Neurectomía vestibular

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que se produzca una disminución de la audición e, incluso, de que ésta se pierda completa e irreversiblemente.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o la espalda del paciente.

Es posible, también, que persista, de manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela definitiva. Es posible que los vértigos persistan durante un tiempo hasta que se verifique el proceso de adaptación, ya comentado.

Puede aparecer disgeusia -alteraciones en la sensación gustativa-.

Es, también, posible que aparezca una parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara– que puede ser transitoria o permanente.

Cabe la posibilidad de que, durante la intervención o en el período postoperatorio inmediato, se produzca una hemorragia de los vasos del interior del cráneo. Esta hemorragia puede ser importante obligando, incluso, a suspender la intervención quirúrgica o, si aparece tras ésta, a realizar una nueva intervención.

Puede aparecer una fístula de líquido cefalorraquídeo –el líquido que rodea el cerebro, dentro de la cavidad craneal–, lo que exigiría el tratamiento adecuado para cada caso pero que incluso podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

También, puede aparecer un edema cerebral –inflamación del cerebro– que obliga a un tratamiento adecuado y que puede llegar a ser fatal. Asimismo, pueden aparecer infecciones cerebrales, como meningitis o abscesos. Es posible que aparezcan cefaleas, que pueden durar un cierto tiempo.

Cabe la posibilidad, también, de que se produzcan alteraciones estéticas del pabellón auricular y trastornos masticatorios, si la incisión se ha realizado en la pared lateral del cráneo, por encima del pabellón auricular:

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® –un pegamento biológico—; Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® y Surgicel® –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído—; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
OBSERVAC	IONESY CONTRAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico
--------------------	------------------

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS AUDITIVA OSTEOINTEGRADA TIPO BAHA EN EL LADO

Nombre y ape	llidos		
, .		Número de historia clínica	
Diagnóstico del proceso		Fecha	
		N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS AUDITIVA OSTEOINTEGRADA TIPO BAHA**, 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

El BAHA es un sistema procesador de sonido que permite la audición mediante la conducción ósea directa. Es decir, el BAHA transmite el sonido a través de los huesos del cráneo, evitando, de este modo, la transmisión a través del oído medio.

El BAHA consta de dos partes: el propio procesador de sonido y el sistema de sujeción a la pared lateral del cráneo. El sistema de sujeción es, en realidad, un pequeño tornillo de titanio que se inserta en la pared lateral del cráneo del paciente, donde se integra definitivamente al hueso. En él se sujeta el procesador de sonido, que el propio paciente puede colocarse o retirar mediante un sencillo sistema de presión.

La intervención se puede llevar a cabo bajo anestesia local, potenciada por analgesia y sedación, o bajo anestesia general. En el adulto, el procedimiento se suele llevar a cabo en un solo tiempo quirúrgico. No obstante, en el niño se realiza en dos tiempos operatorios, es decir en dos veces, separadas entre sí por un período de 3 meses.

En la intervención se practica una incisión en la porción posterior del pabellón auditivo que exige la depilación definitiva de una pequeña zona de la cabeza, a fin de mantener limpio el tornillo de titanio.

Tras la intervención, se coloca un vendaje o apósito en la cabeza del paciente. La incisión se cierra mediante unos puntos de sutura que se retirarán entre 5 y 7 días después.

En las primeras horas tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en la zona de la incisión o una pequeña hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta 1 o 2 días, según su situación postoperatoria. Después será controlado en las consultas externas del servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con el nivel auditivo previo.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La mejoría de la audición es variable en cada caso. Generalmente se considera satisfactoria dependiendo del estado del oído interno.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La prótesis osteointegrada tipo BAHA está indicada en aquellas situaciones en las que las prótesis auditivas convencionales son ineficaces ante la aparición de supuraciones de repetición, intolerancias, malformaciones del oído, etc. Existen en el mercado diversos sistemas de transmisión del sonido vía ósea que no precisan de intervención quirúrgica. Su especialista le aconsejará el modelo más adecuado, dependiendo de sus circunstancias personales.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes. Es posible que el implante de titanio pueda ser eliminado por el organismo (rechazo). Puede producirse una lesión en la piel que ha sido depilada para la recepción del tornillo de titanio, lo que requeriría el cuidado de la zona durante un tiempo.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Excepcionalmente, puede aparecer una reacción inflamatoria con formación de un absceso y/o una osteomielitis, esto es, una infección de la pared de hueso del cráneo. Se trata de una complicación que podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

Pueden aparecer infecciones, tanto a nivel del área de implantación, como cerebrales, como meningitis o abscesos. Esta última posibilidad es excepcional.

En algunos casos, se puede producir una fístula de líquido cefalorraquídeo, el líquido que rodea el cerebro, por lo que dicho líquido se exterioriza a nivel del oído. Ello supone que el espacio cerebral ha quedado comunicado con el exterior. Esta situación requiere tratamiento específico, generalmente quirúrgico.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Esta intervención, al adaptar una prótesis, puede tener consideraciones diferentes en las distintas comunidades autónomas. Por ello, el paciente debe, con carácter previo a la intervención, valorar los diferentes aspectos relativos a la puesta en marcha y mantenimiento de la prótesis. Por lo general, la intervención quirúrgica no supone que la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se hagan cargo de la adaptación audiológica del audífono BAHA. Dicha intervención tampoco compromete a la activación del audífono BAHA, que debe realizarla la empresa concesionaria de la prótesis. Ni la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se harán cargo de las limpiezas periódicas del audífono BAHA, ni de ningún chequeo preventivo destinado a asegurar un funcionamiento correcto del audífono BAHA, ni de las reparaciones necesarias de las averías que puedan producirse. En caso de avería, ni la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se harán cargo de la cesión temporal de un audífono BAHA durante el período de reparación. Tampoco proporcionarán las pilas necesarias para el funcionamiento del audífono. Además, no se harán cargo de ninguna pieza del audífono BAHA que se necesite por pérdida o rotura. La intervención quirúrgica no supone la asunción, por parte de las instituciones sanitarias, de ningún seguro relativo a la pérdida o rotura del audífono BAHA que, en todo caso, puede ser realizado, con carácter particular, por el paciente. Por otra parte, la responsabilidad de la custodia de la prótesis es exclusiva del paciente o sus familiares responsables. A pesar de todo ello, según la comunidad autónoma a la que pertenezca el paciente, su edad, o la enfermedad que padezca, estas circunstancias pueden cambiar, por lo que deben ser valoradas con detalle por el paciente, con carácter previo a la intervención.

Si la intervención se realiza a cargo de un compañía de seguros privada, el paciente deberá consultar las

prestaciones y coberturas a que tiene derecho y que, en ningún caso, correrán por cuenta del médico.

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DEL PROMONTORIO DEL LADO

Nombre y apell	idos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico de	l proceso	Fecha	
Médico informa	nte	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la exploración denominada **TEST DEL PROMONTORIO**, 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 EXPLORATORIO

Llamamos test del promontorio a una técnica exploratoria que tiene como finalidad la estimulación eléctrica del caracol, la llamada cóclea, a fin de establecer aspectos relativos a su funcionamiento.

El test del promontorio se realiza, entre otras situaciones, en pacientes a los que se pretende colocar un implante coclear, para conocer si las terminaciones nerviosas del nervio auditivo son funcionantes y, por tanto, se puede obtener beneficio con la colocación del implante.

El test del promontorio se realiza a través del conducto auditivo externo. La exploración suele consistir en la punción, a través de la membrana timpánica, de un electrodo estimulador mediante el que, a continuación, se aplica una estimulación eléctrica, para comprobar si este estímulo produce sensación de audición, o evidencias de ésta.

Esta exploración se realiza con anestesia local y sedación en el adulto, si bien en el niño se requiere anestesia general.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA EXPLORACIÓN**, existen otros medios para valorar la funcionalidad de la cóclea y de las terminaciones del nervio auditivo a ese nivel. Su especialista le aconsejará cuáles son las más convenientes.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: El conocimiento del funcionalismo del caracol permite una mejor valoración previa de los resultados de determinadas técnicas de tratamiento de la sordera como, por ejemplo, la implantación coclear, o el estudio de la causa de determinados tipos de sordera.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: En la actualidad, las técnicas de otoemisiones acústicas, los
 potenciales auditivos convencionales, o los de estado estable permiten una valoración muy próxima del
 funcionalismo del caracol.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Tras la pequeña exploración, cabe la posibilidad de que aparezca un pequeño dolor que cede unas horas después.

Es posible, también, que aparezca una pequeña emisión de sangre que manche el conducto auditivo.

Cabe la posibilidad de que, tras la exploración, aparezcan vértigos, que suelen ceder un tiempo después. La lesión del nervio facial, pasajera o permanente, con afectación de la movilidad de la musculatura de la cara y/o la pérdida del gusto de los dos tercios anteriores del mismo lado de la lengua, cuando se afecta la llamada cuerda del tímpano –nervio que conduce la sensibilidad gustativa y que atraviesa el oído–, son posibles, pero muy poco frecuentes.

Es posible que se origine una perforación timpánica que pueda quedar como secuela. Puede, por último, producirse una infección del oído intervenido.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Test del promontorio Oído

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.*	DNIy en calidad de,
es consciente de que el paciente cuyos datos figural	n en el encabezamiento no es competente para decidir
en este momento, por lo que asume la responsabi	lidad 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TIMPANOPLASTIA DEL LADO

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado
	G

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **TIMPANOPLASTIA**, 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 timpanoplastia se realiza para tratar el origen y/o las secuelas de las infecciones del oído medio. Consiste en la limpieza de las cavidades del oído y la reconstrucción, si es posible, de la cadena de huesecillos y de la membrana timpánica.

La intervención se suele llevar a cabo bajo anestesia general, si bien, en determinados casos, puede utilizarse la anestesia local y sedación más analgesia del paciente. En algunos casos puede llevarse a cabo a través del conducto auditivo. En otros, se puede realizar a través de diferentes incisiones: hacia arriba, a partir del conducto auditivo, o, lo que es más frecuente, por detrás de la oreja.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol[®] –un pegamento biológico-; Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®] o Surgicel[®] –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza. La incisión se cierra, mediante unos puntos de sutura, que se retirarán de 5 a 7 días después.

En las primeras horas tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, mareo, sensación de adormecimiento en la cara, por la anestesia local que se ha podido infiltrar, o una pequeña hemorragia de sangre que manche el taponamiento del conducto auditivo o el vendaje.

El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta 5 o 6 días, dependiendo de su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con supuraciones de oído de forma intermitente y con posibilidad de pérdida de la audición.

 BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la audición, posibilidad de penetración de agua en el oído y control de las complicaciones de origen infeccioso. Timpanoplastia Oído

• **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: Revisiones periódicas por el especialista para el control de las infecciones. Prevenir la entrada de agua en el oído y tratar de forma precoz los cuadros catarrales. En ausencia de infección, colocación de prótesis auditivas para mejorar la audición.

 RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general, son poco frecuentes. Cabe la posibilidad de que persista la perforación, que podría, incluso, aumentar de tamaño.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Cabe, también, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que se pierda completa e irreversiblemente.

Es posible que reaparezcan las infecciones, aun a pesar de que la perforación timpánica se haya cerrado completamente.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela; vértigos, que tienen una duración variable; disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa—; parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la cara—; infecciones, tanto a nivel del oído, como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos; y alteraciones estéticas o dolor, a nivel del pabellón auricular.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Oído Timpanoplastia

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE TUMORACIONES BENIGNAS A NIVEL DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DEL LADO

Nombre y ap	ellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico informante		N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXTIRPACIÓN DE TUMORACIONES BENIGNAS A NIVEL DEL CONDUCTO AUDITI- VO EXTERNO**, 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

Las tumoraciones benignas del conducto auditivo pueden tener una naturaleza muy variable: pueden ser óseas, fibrosas, etc. Son pequeños crecimientos de las paredes que forman el propio conducto auditivo. En la mayoría de las ocasiones, no producen ninguna sintomatología. No obstante, si los mencionados crecimientos son voluminosos o numerosos, el conducto auditivo puede ocluirse total o parcialmente, lo que afectaría al drenaje del cerumen, pudiendo ocasionar la formación frecuente de tapones de cera e infecciones. La existencia de estas tumoraciones benignas podría, incluso, afectar el normal movimiento del tímpano, con lo que aparecería una sordera, ruido en el oído, y sensación de resonancia de la propia voz.

En estos casos, el especialista aconseja su extirpación.

Esta intervención puede realizarse bajo anestesia local y sedación y analgesia del paciente, o bajo anestesia general. La operación consiste en la extirpación de dichas excrecencias mediante diversas técnicas, según su naturaleza. Así, puede ser necesaria la extirpación mediante láser, el limado de las mismas, etc. Tras la extirpación es necesaria la reconstrucción del conducto auditivo.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® –un pegamento biológico–; Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® o Surgicel® –esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído–, u otros materiales sintéticos.

La permanencia en el hospital, después de la operación, varía generalmente entre unas horas y varios días, según la evolución de cada caso.

Tras la operación, podría ser normal que se notara una pequeña alteración en el sabor de algunos alimentos que, habitualmente, se recupera poco tiempo después.

En el inmediato período postoperatorio el paciente debe evitar la penetración de agua a nivel del oído intervenido.

Si el tímpano ha sido interesado por la intervención, no debe viajar en avión durante, al menos, 3 semanas. Si se suena la nariz, debe hacerlo con precaución y primero de un lado y luego del otro. Si el paciente estornuda, debe hacerlo con la boca abierta y sin taparse la nariz. Su médico le aconsejará la conducta que debe seguir según su caso.

Por lo general, muy pocos días después de la cirugía el paciente podrá reiniciar su actividad laboral normal. En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es previsible que la evolución de la enfermedad, que es muy lenta, ocasione un aumento de los síntomas ya señalados.

 BENEFICIOS ESPERABLES: La extirpación de los tumores benignos del conducto devuelve a éste sus dimensiones y forma normales, verificándose el drenaje del cerumen de manera normal.

No obstante, la existencia de estos tumores no es la única causa de formación de tapones de cera, por lo que, incluso extirpados, podrían continuar formándose. Además, extirpados los tumores benignos del conducto, se suele recuperar la audición perdida, y mejoran los ruidos y la sensación de resonancia, si bien podrían persistir si estuvieran producidos por otras razones.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No existe un procedimiento alternativo de eficacia contrastada.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que, como consecuencia de la incisión o de la manipulación de la piel del conducto o del tímpano, se produzca una perforación timpánica o una infección del oído.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o la espalda del paciente.

Puede que aparezcan mareos que pueden prolongarse durante unos días e, incluso, quedar como secuela. Es posible, también, que no se recupere la audición, si había disminuido e, incluso, que ésta empeore hasta el extremo de perderse completamente.

Pueden quedar, como secuela, acúfenos -ruidos en el oído- que pueden ser intensos.

En el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. Su lesión accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis facial, aunque, en esta técnica, es extremadamente rara.

Podría aparecer, también, una pequeña hemorragia.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
FROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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	DNI	y en calidad dey
es consciente de que el paciente cuyos da	itos figuran en el encabe	ezamiento no es competente para decidi
en este momento, por lo que asume la re	esponsabilidad de la de	ecisión 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.

NARIZ Y SENOS PARANASALES

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE TRANSFACIAL

Nombre y apellidos	
	. Número de historia clínica
	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica de **ABORDAJE TRANSFACIAL**, denominada *degloving*, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos degloving a la técnica quirúrgica que consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas, a través de unas incisiones realizadas en las encías y el interior de la nariz, proporcionando así una amplia vía de acceso a las regiones posteriores de la cara, sin cicatrices externas e intentando conservar al máximo la funcionalidad de las fosas nasales y los senos paranasales.

Esta técnica quirúrgica está indicada en el tratamiento de lesiones situadas tras las fosas nasales. No obstante, no es útil si las lesiones afectan a la porción más alta de dicho espacio, el llamado seno frontal, o penetran ampliamente en la órbita.

Dependiendo del tipo de tumor y de su extensión, la resección puede tener que ampliarse a las estructuras vecinas. La invasión del paladar puede obligar a resecarlo de forma más o menos amplia, en cuyo caso se suma al *degloving* una técnica llamada maxilectomía.

Esta intervención se realiza bajo anestesia general.

Lógicamente, tras la intervención se observa una inflamación o tumefacción, que puede ser de moderada a intensa, y afecta a las estructuras de la cara. Esta inflamación irá cediendo a lo largo de unos días.

En la intervención, se coloca un taponamiento nasal durante un período variable de tiempo, por lo general no inferior a 2 días, ni superior a 7 días.

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de la nariz, como de la garganta, que suele ceder en unas horas si la hemostasia —la capacidad de coagulación del paciente— es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una mayor compresión local revisando el taponamiento existente o mediante un nuevo taponamiento nasal. En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa, con la que se realiza el taponamiento nasal, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la cavidad oral, provocando una sensación de molestias y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. El mencionado taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de garganta.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara y en el ojo.

Durante estos primeros días tras la intervención, el paciente debe evitar sonarse la nariz con violencia, ya que podría impulsar el aire a través de la herida, provocando el llamado enfisema facial –la penetración de aire dentro de los planos cutáneos de la cara–.

En el período postoperatorio es muy importante la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico, para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal y el drenaje de las lágrimas.

En caso de aparecer una hemorragia a través de la nariz o de la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

La resección del paladar requerirá un proceso de reconstrucción durante el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo operatorio, mediante colgajos cutaneomusculares trasladados desde otros territorios vecinos o mediante prótesis implantables.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el crecimiento del tumor dentro de las fosas nasales y los senos paranasales puede provocar la destrucción progresiva de las estructuras adyacentes con posible afectación cerebral, de la vía óptica o de la órbita. Si la lesión es maligna, la demora en el tratamiento puede condicionar que, posteriormente, no sea operable. Si la lesión tiene un importante componente vascular, hay riesgo de hemorragia que puede poner en peligro la vida del paciente.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Diagnóstico definitivo y curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo y prolongando la esperanza de vida en los tumores malignos.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: Las vías de acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y la porción posterior de las fosas nasales, llamada rinofaringe, son muy diversas. Cada una de ellas tiene sus peculiaridades. Su médico le aconsejará lo más conveniente a su caso, según sus circunstancias particulares. Las alternativas a la cirugía, en el tratamiento de los tumores malignos de las regiones señaladas, son la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Una de las
 complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que
 puede aparecer a pesar de éste. Ello exigiría la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio
 de taponamiento.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos o la cavidad craneal. Aparecerá entonces sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 paciente.

Pueden aparecer, también fístulas –fugas– del líquido cefalorraquídeo –el líquido que rodea el cerebro dentro de la cavidad craneal– hacia el interior de la fosa nasal o la faringe. Ello exigiría dependiendo de su permanencia y volumen una nueva intervención quirúrgica reparadora.

En ocasiones, pueden quedar como secuela cefaleas de intensidad y localización variables. No es infrecuente la presencia y permanencia de alteraciones de la sensibilidad facial. Así, suele persistir una cierta anestesia de la región del pómulo y, eventualmente, puede aparecer dolor en este territorio, que suele mejorar con el paso del tiempo.

Pueden aparecer complicaciones oculares, como visión doble, infección de la órbita e incluso ceguera por afectación del nervio ocular.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias –bridas entre las paredes de la fosa nasal– y trastornos de la olfacción.

Con frecuencia puede persistir una gran tendencia a la formación de costras a lo largo del tiempo, con las lógicas molestias y mal aliento secundario a éstas.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES
Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.^ay en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey e

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DEL ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Nombre y ap	ellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico inforr	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la extirpación del **ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**, 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

El angiofibroma de rinofaringe es un tumor benigno que crece en la porción posterior de las fosas nasales y que está integrado, en buena medida, por vasos sanguíneos, por lo que se trata de una tumoración extraordinariamente sangrante.

Por ello, la intervención quirúrgica requiere de la llamada embolización con carácter previo, que consiste en la obstrucción de los vasos sanguíneos que llegan al tumor. La embolización del tumor se realizará en los días inmediatamente previos a la intervención quirúrgica.

Dicha intervención se realiza bajo anestesia general, y la vía de abordaje dependerá del tamaño y la localización del tumor:

Así, si el tumor está bien delimitado, podrá realizarse a través de las fosas nasales, utilizando los endoscopios rígidos, que permiten un control visual preciso del campo quirúrgico. No obstante, en algunas ocasiones una vez iniciada la cirugía por el interior de la nariz, si las características del tumor así lo requieren, en la misma intervención se practica otra vía de abordaje que permita acceder mejor a determinadas regiones anatómicas.

En todos los casos se utiliza anestesia general.

Dado que el angiofibroma es un tumor vascular existe el riesgo de sangrado profuso y puede ser necesaria una transfusión de sangre.

Al finalizar la intervención quirúrgica, se coloca un taponamiento en la fosa nasal, que se mantiene durante varios días, raramente más de 4. En ocasiones excepcionales, puede desplazarse hacia la garganta: ello requerirá su extracción y reemplazo dependiendo del estado de la cavidad operatoria. En ocasiones, pueden emplearse taponamientos de material reabsorbible, que se eliminarán espontáneamente en el curso de las semanas posteriores a la intervención.

El angiofibroma tiene cierta tendencia a la reproducción por lo que se hacen necesarios controles periódicos durante los años posteriores a la intervención.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es previsible que el angiofibroma aumente de tamaño produciendo mayor dificultad respiratoria nasal, incremento de la secreción de moco y de las hemorragias nasales, deformidad nasal y facial e invasión de las cavidades que se encuentran situadas alrededor de la fosa nasal, como los senos, las órbitas o la cavidad craneal, causando complicaciones extremadamente graves y de difícil solución.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Extirpación del tumor con mejoría de la respiración nasal, de la secreción de moco, de las hemorragias, del dolor de cabeza y como prevención de las complicaciones derivadas del crecimiento del tumor.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Si bien existen diferentes vías de abordaje en dependencia del tamaño y localización del tumor, no existe un tratamiento alternativo.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La hemorragia endonasal, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar de éste. Puede exigir la revisión de la cavidad operatoria para localizar y controlar el vaso sangrante así como precisar un nuevo taponamiento. Si el sangrado ha sido importante, en ocasiones es necesaria una transfusión sanguínea.

La hemorragia por afectación de un vaso del interior de la órbita requiere una intervención urgente para descomprimir el globo ocular y evitar la ceguera. Esto se puede hacer por vía endonasal pero en algunas ocasiones debe realizarse a través de una incisión realizada en la piel que rodea la órbita.

Las lesiones de la musculatura ocular pueden producir visión doble temporal o permanente. Si el tumor rodea o comprime el nervio óptico, puede aparecer una ceguera del ojo afectado en el postoperatorio inmediato. Si durante la intervención es necesario penetrar en la órbita pueden producirse infecciones del contenido orbitario que deberán ser tratadas en primera instancia con antibióticos.

Pueden aparecer fístulas o fugas del líquido que circunda el cerebro dentro de la cavidad craneal (líquido cefalorraquídeo) hacia el interior de la fosa nasal; ello se debe a la presencia de una comunicación entre la cavidad craneal y la fosa nasal creada por el mismo tumor o producida durante su extirpación. La reparación es quirúrgica y se realiza preferentemente desde el interior de la fosa nasal bajo control endoscópico. El material que se utiliza para cerrarla puede obtenerse de diversas partes del cuerpo (cartílago septal, cartílago del pabellón auricular, grasa abdominal, etc.) también puede usarse material previamente preparado como fascia liofilizada.

Como consecuencia de la alteración del drenaje y la ventilación secundaria a la inflamación y taponamiento es posible la infección de la cavidad quirúrgica y de los senos paranasales. La propagación de dicha infección a la cavidad craneal u orbitaria depende, en gran parte, de que exista una comunicación entre aquéllas y la fosa nasal. Se suministrará tratamiento antibiótico y en el caso de que se produzca un absceso, se realizará un drenaje quirúrgico.

Puede aparecer cefalea en los primeros días postoperatorios pero raramente persiste a largo plazo. En la fosa nasal pueden aparecer perforaciones del tabique, sinequias (cicatrices anómalas entre las paredes externa y medial), pérdida parcial o total del olfato, sensación de sequedad, formación de costras y mucosidades espesas, que precisarán lavados nasales y curas tópicas que pueden ser muy prolongadas o incluso permanentes.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES	
OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	
OBSERVACIONES I CONTRAINDICACIONES	

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.

También entiendo 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.

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.^ay en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DEL ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE UNA RINOTOMÍA LATERONASAL DEL LADO

e historia clínica
Fecha
N.° de colegiado
•

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la extirpación del **ANGIOFIBROMA DE RINOFARINGE MEDIANTE UNA RINOTOMÍA LATERONASAL**, 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

El angiofibroma de rinofaringe es un tumor benigno que crece en la porción posterior de las fosas nasales y que está formado, en buena medida, por vasos sanguíneos, por lo que se trata de una tumoración extraordinariamente sangrante.

Por ello, la intervención quirúrgica requiere de la llamada embolización con carácter previo, que consiste en la obstrucción de los vasos sanguíneos que llegan al tumor. La embolización del tumor se realizará en los días inmediatamente previos a la intervención quirúrgica.

La intervención se realiza bajo anestesia general y consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas, a través de una incisión que se inicia en el ángulo interno del ojo y que contornea la nariz hasta alcanzar la vecindad del orificio nasal. Según la extensión y la localización tumoral puede ser necesario ampliar la incisión al labio superior y a la encía superior.

Durante la intervención puede ser precisa la transfusión de cierta cantidad de sangre.

Tras la intervención quirúrgica, la incisión se sutura cuidadosamente, colocándose posteriormente un apósito y un taponamiento en la fosa nasal intervenida.

A pesar de que el cirujano intenta realizar la incisión siguiendo los pliegues de la cara, puede apreciarse una cicatriz que suele resultar poco estética una vez retirados los puntos de sutura, pero que irá mejorando en su aspecto, a lo largo de los meses.

Durante la intervención se realizará un taponamiento nasal, que se mantiene después de la intervención durante un período de tiempo que raramente excede las 48-72 horas. Este taponamiento puede desplazarse hacia la garganta, produciendo molestias y puede llegar a requerir su cambio o revisión en alguna ocasión.

Lógicamente, tras la intervención se observa una inflamación o tumefacción, que puede ser de moderada a intensa y afecta a las estructuras de la cara. Esta inflamación irá cediendo con el paso de los días.

El angiofibroma se puede reproducir por lo que es necesaria la revisión periódica de la cavidad operatoria.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es previsible que el angiofibroma aumente de tamaño lo que producirá mayor dificultad respiratoria nasal, aumento de la secreción de moco

y de las hemorragias nasales, deformidad nasal y facial e invasión de las cavidades que se encuentran situadas alrededor de la fosa nasal, como los senos, la órbita o la cavidad craneal, pudiendo producir, a ese nivel, complicaciones extremadamente graves.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Extirpación del tumor con mejoría de la respiración nasal, de la secreción de moco, de las hemorragias, del dolor de cabeza y como prevención de las complicaciones derivadas del crecimiento inevitable del tumor.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: No existe un tratamiento alternativo de contrastada eficacia al tratamiento quirúrgico. En lo relativo a las técnicas utilizadas, son diversas y dependen del tamaño y de la localización del tumor:
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Una de las
 complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que
 puede aparecer a pesar de éste. Ello podría precisar la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones,
 el cambio del mismo.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado aspirador-coagulador que es, en realidad, un bisturí eléctrico. Con él cauteriza los 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 en la espalda del paciente.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades vecinas que rodean la fosa nasal, como los senos o la cavidad craneal, con la consiguiente aparición de sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.

Pueden aparecer también fístulas, es decir, pérdidas de líquido cefalorraquídeo —el líquido que rodea el cerebro dentro de la cavidad craneal—; estas pérdidas desembocan hacia el interior de la fosa nasal, el oído o la faringe. Ello exigiría, dependiendo de su permanencia y volumen, una nueva intervención quirúrgica.

En ocasiones pueden permanecer, como secuelas, cefaleas de intensidad y localización variables. No es infrecuente la presencia y permanencia de alteraciones de la sensibilidad facial, como una cierta anestesia de la región de la mejilla y, eventualmente, un dolor en este territorio que suele mejorar con el paso del tiempo.

Pueden aparecer complicaciones oculares, como visión doble, infección de la órbita, e incluso ceguera por afectación del nervio ocular.

Respecto a la fosa nasal pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias –bridas entre las paredes de la fosa nasal–, trastornos de la olfacción, sensación de sequedad y formación de costras de moco, que precisan lavados nasales y administración de pomadas.

También se puede producir la pérdida de alguna pieza dentaria como consecuencia del abordaje quirúrgico.

Tal como hemos señalado, la cicatriz puede ser poco estética y en ocasiones dolorosa.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ANTROSTOMÍA MAXILAR DEL LADO

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar el procedimiento denominado técnica de **ANTROS- TOMÍA MAXILAR**, 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

Los senos maxilares son unas cavidades que se encuentran a ambos lados de la nariz, excavadas en el interior del llamado hueso maxilar. La técnica de antrostomía maxilar consiste en la apertura de uno o ambos senos maxilares a través de una incisión realizada bajo el labio superior, en la encía, por encima de las piezas dentarias, llegando al seno a través de una ventana practicada en la pared anterior del hueso, del llamado seno maxilar.

Se realiza bajo anestesia general y sus indicaciones actuales son muy limitadas en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias o infecciosas. No obstante, todavía está indicada para situaciones como la extracción de determinados cuerpos extraños del interior del seno, la extirpación de procesos patológicos de la región más externa del seno maxilar, el tratamiento de determinadas enfermedades que hayan comprometido la raíz dental o las zonas próximas, y la resección de tumores que precisen la eliminación de una porción de hueso circundante. Excepcionalmente, también se utiliza como vía complementaria para la llamada cirugía endoscópica de los senos.

Tras la intervención, por lo general se coloca un taponamiento nasal en la fosa nasal. Pero a pesar de este taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas, si la hemostasia es normal. En caso de persistir, hay que efectuar una mayor compresión local mediante la revisión del taponamiento colocado previamente o sustituyéndolo por otro. En raras ocasiones se puede deslizar la gasa con la que se realiza el taponamiento desde la zona posterior de la fosa nasal hacia la orofaringe, provocando una sensación de molestia y náuseas que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

En las primeras horas del período postoperatorio, el paciente puede sufrir pesadez o dolor de cabeza, molestias en la mejilla, tumefacción en la pared anterior del seno maxilar, sabor a sangre, mal aliento y sequedad de boca.

Puede aparecer, también, un pequeño aumento de la temperatura corporal.

Durante unos días, el paciente puede notar, bajo la encía del labio superior, los puntos de sutura de la incisión realizada.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el paciente continuará con los síntomas previos. Según la naturaleza de su enfermedad, a lo largo de su evolución, pueden aparecer complicaciones oculares, dentarias, de las partes blandas de la cara, de las meninges o el cerebro. En el caso de que la intervención sea realizada con fines diagnósticos, no se podrán obtener los datos esperados y, en consecuencia, no se podrá llevar a cabo el tratamiento adecuado.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Desaparición de los síntomas relacionados con la enfermedad de los senos, así como confirmación del diagnóstico de una enfermedad mediante un estudio de los tejidos extirpados.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: En general, los procesos infecciosos de los senos ceden
 con tratamiento médico. La indicación quirúrgica suele establecerse ante el fracaso de los tratamientos
 médicos; la cirugía endonasal bajo control endoscópico ha desplazado ampliamente esta técnica quirúrgica en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias o infecciosas de los senos.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Se ha señalado la posibilidad de que se produzca una pequeña hemorragia nasal o bucal, tras la intervención quirúrgica. Rara vez adquiere carácter preocupante, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal y, en ocasiones, transfusión si la intensidad es importante.

Toda vez que la infección de estas zonas es poco frecuente, de aparecer justifica la presencia de síntomas inflamatorios.

A lo largo del período postoperatorio puede aparecer dolor o adormecimiento en la mejilla y un déficit de sensibilidad en los dientes superiores por lesión accidental del nervio infraorbitario.

Cabe también la posibilidad que se produzca un retraso en la cicatrización de la herida en la encía superior e, incluso, la aparición de una fístula oro-antral o comunicación de la boca con el seno maxilar.

También pueden aparecer complicaciones nasales, como la perforación del tabique nasal, una sinequia –brida entre las paredes de las fosas nasales–, un cierto grado de atrofia de la fosa nasal correspondiente, con aparición de costras nasales y sensación de sequedad.

Pueden aparecer, asimismo, alteraciones del olfato.

En casos infrecuentes pueden aparecer complicaciones oculares menores, como visión doble, inflamación o aparición de pequeñas burbujas de aire —enfisema— en los párpados o en el resto de la cara, debido a una comunicación directa entre el propio seno y el contenido de la órbita o la propia cara.

Excepcionalmente, puede producirse una modificación en la posición del ojo e, incluso, pérdida de agudeza visual o ceguera, en la medida en que las enfermedades del seno o las maniobras necesarias para su tratamiento hayan podido afectar al contenido orbitario. Excepcionalmente, también puede producir-se ceguera por la formación de un coágulo en la arteria que alimenta la retina,

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES	
■ OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.^ay en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey e

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS

Nombre y ap	oellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL PARA ELTRATAMIENTO DE LA SINUSITIS**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar:

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía endoscópica nasosinusal es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos en las fosas nasales y en los senos paranasales, mediante la utilización de endoscopios, consiguiendo una excelente iluminación, un mejor control visual y un tratamiento más preciso de las lesiones pasosinusales.

La intervención se suele realizar bajo anestesia general o, eventualmente, bajo anestesia local con el soporte, en este último caso, de la sedación y analgesia del paciente; la elección de la técnica anestésica debe ceñirse a criterios que debe valorar el cirujano, pero que básicamente dependen de la extensión lesional, la magnitud de la maniobra quirúrgica, y el estado general del paciente.

La intervención quirúrgica se realiza a través de los orificios de las fosas nasales por lo que no suele quedar ninguna cicatriz externa. En algún tipo de sinusitis puede ser necesario complementar este acceso realizando una incisión entre el labio y la encía superior o bien con una pequeña incisión por debajo de la ceja.

En el acto quirúrgico se pretende la extirpación de las lesiones y las estructuras afectadas, respetando al máximo la mucosa que tapiza las cavidades ya mencionadas, e intentando conservar la funcionalidad, tanto de las fosas nasales como de los senos paranasales.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento nasal durante un tiempo variable, que raramente excede las 48 horas. Incluso a través del taponamiento, suele drenar, a través de la nariz, un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En ocasiones, a través del taponamiento nasal, puede aparecer una hemorragia. En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la cavidad oral, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirándolo y colocando otro, si ello fuera preciso.

Después de la intervención, puede aparecer dolor en la fosa nasal, con irradiación a la región facial y craneal. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento.

La sensación de taponamiento puede persistir durante unos días tras la retirada del taponamiento a causa de la inflamación secundaria a la cirugía.

En el postoperatorio es muy importante la realización de lavados de ambas fosas nasales mediante suero fisiológico, para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal.

En caso de presentarse hemorragia por la nariz o por la boca, al cabo de unos días de practicada la cirugía, el paciente deberá acudir al hospital para una nueva valoración y tratamiento.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, persistirán los síntomas de la enfermedad nasosinusal y la posibilidad de complicaciones, como meningitis, abscesos cerebrales, o infecciones del hueso (osteomielitis) por extensión del proceso infeccioso hacia las estructuras vecinas.

 BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de los síntomas producidos por la enfermedad de los senos, como la obstrucción nasal, la disminución de la capacidad olfativa del paciente, la mucosidad, el dolor, la sensación de peso craneofacial, la sensación de sequedad faríngea, etc.

La cirugía endoscópica tiene como objetivo la extirpación de las lesiones de los senos y la normalización del drenaje de los mencionados senos hacia la fosa nasal, mejorando el funcionamiento de éstos. A pesar de ello, pueden persistir, tras la intervención, síntomas como un cierto grado de mucosidad, estornudos, etc. Por otra parte, existe la posibilidad de una nueva infección, que puede requerir diferentes tratamientos complementarios.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de eficacia demostrada, cuando el tratamiento médico ya no es efectivo.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En ocasiones, como ya hemos señalado, incluso a través del taponamiento nasal, puede aparecer una hemorragia nasal. En ese caso, deberá efectuarse una revisión de la cavidad quirúrgica para localizar y controlar el punto sangrante, colocando un nuevo taponamiento si fuera preciso. Todo ello podría exigir una nueva anestesia general e, incluso, si la hemorragia ha sido importante, puede ser necesaria una transfusión sanguínea.

Excepcionalmente, puede producirse una hemorragia por afectación de algún vaso que drena la sangre hacia el interior de la órbita del ojo. Ello produciría un aumento de la presión en el interior de aquella y la aparición de graves consecuencias para el propio ojo, por lo que, dicha complicación, requiere una intervención quirúrgica urgente para descomprimir el ojo y evitar la ceguera. Esta maniobra quirúrgica se puede realizar a través de la nariz pero, en algunas ocasiones, debe realizarse a través de una incisión realizada en la piel del ángulo interno del ojo.

En ocasiones, en el curso de la intervención quirúrgica, puede afectarse la musculatura ocular, y producir una sensación de visión doble, temporal o permanente.

Por otra parte, si se lesiona el nervio óptico, puede aparecer ceguera en el ojo afectado que se manifestaría ya en el postoperatorio inmediato.

Si durante la intervención es necesario penetrar en la órbita, pueden producirse infecciones del contenido orbitario que deberán ser tratadas con antibióticos.

Pueden aparecer fístulas o fugas del líquido que circunda al cerebro dentro de la cavidad craneal (líquido cefalorraquídeo) hacia el interior de la fosa nasal; ello se debe a la presencia de una comunicación entre la cavidad craneal y la fosa nasal creada por el mismo tumor o producida durante su extirpación. Su

reparación es quirúrgica y se realiza preferentemente desde el interior de la fosa nasal bajo control endoscópico. El material que se utiliza para cerrarla puede obtenerse de diversas partes del cuerpo, como por ejemplo el cartílago del tabique, el cartílago del pabellón auricular, grasa abdominal, etc.

También puede producirse la infección de la cavidad quirúrgica y de los senos paranasales, y podría, incluso, extenderse a la cavidad craneal u orbitaria. Habitualmente, estas infecciones evolucionan bien mediante la administración de un antibiótico, pero en el caso de que se produzca un absceso, se realizará un drenaje quirúrgico.

En la fosa nasal pueden aparecer perforaciones del tabique, sinequias —es decir, cicatrices anómalas entre las paredes de las fosas nasales—, pérdida parcial o total del olfato, sensación de sequedad, formación de costras y mucosidades espesas, que precisarán de lavados nasales y curas tópicas.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos dacriocistorrinostomía endonasal a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de la obstrucción del sistema lagrimal, a través de la fosa nasal, abordándola con ayuda de un microscopio óptico, de endoscopios quirúrgicos o de láser. En el acto quirúrgico se comunica la vía lagrimal obstruida con la fosa nasal correspondiente, para mejorar la evacuación de las lágrimas.

En muchos casos se deja colocada una sonda en la vía lagrimal para intentar asegurar la permeabilidad del nuevo orificio. Dicha sonda se mantiene durante un tiempo muy variable, que puede alcanzar varios meses, y se retirará dependiendo del criterio del cirujano y de la evolución del proceso cicatricial.

La intervención se puede realizar bajo anestesia general o local, potenciada con sedación y analgesia.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento nasal durante un período de tiempo variable.

Incluso a través del taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas si la capacidad de coagulación del paciente es normal.

En raras ocasiones, el taponamiento puede desplazarse hacia la cavidad oral y dar lugar a una sensación molesta y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Tras la intervención, puede aparecer dolor moderado en la fosa nasal y región ocular que se tratará con los analgésicos más habituales. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento.

En el postoperatorio inmediato pueden aparecer hematomas palpebrales que se irán reabsorbiendo en los días sucesivos.

Es conveniente no sonarse la nariz con violencia, en los días inmediatamente posteriores a la intervención, ya que se podría impulsar el aire a través de la vía lagrimal recién abierta y producir un enfisema palpebral, que es la penetración de aire dentro de los párpados. Una vez cicatrizado, no constituye ningún signo de complicación el hecho de que, al sonarse la nariz, se produzca salida de aire a través de los canalículos que comunican con el ojo.

En el período postoperatorio es aconsejable la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal y el drenaje de las lágrimas. En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, persistirán los síntomas de obstrucción del aparato lagrimal del paciente con el riesgo añadido de infecciones recurrentes, flemones y abscesos.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría del drenaje de las lágrimas a la fosa nasal y, como consecuencia de ello, disminución del lagrimeo y de la tendencia a las infecciones lagrimales del paciente. Los resultados son variables, se obtienen del 70 al 90% de mejorías, dependiendo de la técnica utilizada y de la correcta indicación en cada caso.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Esta intervención se puede realizar también por vía externa, es decir, seccionando la piel del canto interno ocular, con la secuela de una pequeña y lógica cicatriz cutánea. Los objetivos y resultados de dichas intervenciones son similares. Su médico le aconsejará acerca del procedimiento más adecuado en su caso concreto.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DEL PROCEDIMIENTO: Hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar del mismo. Si ocurre, exige la revisión de la fosa nasal intervenida para localizar su origen y controlarla y/o el cambio del taponamiento nasal.

Puede aparecer el llamado enfisema palpebral, que es la penetración de aire en el interior de los párpados. Se produce, generalmente, al sonarse la nariz con violencia e impulsar el aire a través de la vía lagrimal recién abierta. Es muy llamativo pero no es grave y suele desaparecer espontáneamente.

Es posible la aparición de obstrucción nasal por una inflamación en la fosa nasal o por las llamadas sinequias –adherencias entre las paredes de la fosa nasal–. Si éstas aparecieran, puede ser necesario seccionarlas e interponer, entre ellas, un material sintético, como la silicona, durante un período de tiempo variable.

Puede aparecer una infección del aparato lagrimal y/o de la fosa nasal intervenida, que se tratarán con antibióticos tópicos o por vía general.

Existe un riesgo potencial, aunque remoto, de afectación de la órbita y del ojo, lo que podría provocar alteraciones en la visión, como visión doble y, en casos extremos, ceguera.

En raras ocasiones pueden permanecer, como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables. 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			
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES			

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

Nombre y apel	lidos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico de	el proceso	Fecha
-	•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL PARA ELTRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS** (hemorragia nasal), así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos cirugía endoscópica nasosinusal a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos a nivel nasosinusal, mediante abordaje con ayuda de endoscopios, favoreciendo así una mejor iluminación de las cavidades, un mejor control visual y el mejor tratamiento de las lesiones nasales.

En el caso concreto de la epistaxis o hemorragia nasal, la intervención se puede realizar bajo anestesia general; en casos muy seleccionados con hemorragias poco cuantiosas, se puede emplear la anestesia local asociada con sedación y analgesia del paciente.

La técnica quirúrgica se realiza a través de los orificios de las fosas nasales, por lo que no suele quedar ninguna cicatriz externa.

En el acto quirúrgico se pretende localizar el punto de origen de la hemorragia y, si es necesario, la extirpación de las lesiones causantes de ésta, respetando al máximo la mucosa que tapiza las fosas nasales e intentando conservar al máximo su funcionalidad. Una vez localizado el punto sangrante, el cirujano intentará su hemostasia –detención de la hemorragia— utilizando diferentes técnicas, como la coagulación, la compresión, la colocación de material coagulante reabsorbible o la ligadura del vaso responsable

Tras la intervención, se coloca un taponamiento nasal durante un tiempo variable, que por lo general oscila entre 24 horas y 4 días. Incluso con el taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, a través de las fosas nasales o de la faringe, que suele ceder en unas horas, si el paciente no tiene trastornos de la coagulación.

En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento hacia la orofaringe, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Después de la intervención, puede aparecer dolor en la fosa nasal, en la región facial o en la región craneal, que se tratará con analgésicos. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara y en el entorno del ojo.

La epistaxis, independientemente del tratamiento realizado, podría repetirse un tiempo después, toda vez que no es lo habitual, en ausencia de enfermedades hematológicas o de la mucosa nasal. En caso de presentarse una nueva hemorragia por la nariz o por la boca, el paciente deberá acudir al hospital para una nueva valoración y tratamiento.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, puede persistir la hemorragia nasal, lo que puede producir la disminución del volumen de la sangre del organismo, y como consecuencia, el llamado *shock* hipovolémico e, incluso, la muerte.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La detención de la hemorragia y la posible solución de las causas que hubieran podido producirla.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: El tratamiento de la hemorragia es complejo y puede requerir maniobras muy diversas que pueden ser efectivas, como el taponamiento nasal anterior, el taponamiento nasal posterior, la cauterización química, la embolización arterial, la ligadura arterial y otros muchos. Su especialista le aconsejará el procedimiento que más le convenga en su caso concreto.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: A pesar de todas las medidas terapéuticas adoptadas, puede persistir la hemorragia. Se realizará, entonces, una revisión de la fosa nasal sangrante y, si es necesario, pueden adoptarse otras medidas, como la coagulación, ligadura o embolización de las arterias que aportan el riego a la fosa nasal (p. ej., la llamada arteria esfenopalatina). Si la hemorragia ha sido muy importante, pueden ser necesarias transfusiones sanguíneas.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado aspirador-coagulador que es, en realidad, un bisturí eléctrico. Con él cauteriza los 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 en la espalda del paciente.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades sinusales debido a las alteraciones del drenaje y de la ventilación de los senos paranasales, que se tratará con antibióticos.

En raras ocasiones, pueden aparecer complicaciones oculares, como visión doble, infección de la órbita e, incluso, ceguera por afectación del nervio óptico.

En la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias o cicatrices anómalas entre las paredes de la fosa nasal, trastornos de la olfacción, sensación de sequedad y formación de costras de moco, que precisan lavados nasales y curas tópicas.

Existe, además, el riesgo asociado a una intervención quirúrgica bajo anestesia general o local.

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 R Y PROFESI	ELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DNALES
OBSERVAC	IONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico	
■ TUTOR LEGAL O FAMII	LIAR	
D./D. ^a	y en calidad de	
es consciente de que el paciente	e cuvos datos figuran en el encabezamiento no es competente para decid	li

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL PARA EL TRATAMIENTO DE UNA FÍSTULA NASAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Nombre y ap	oellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA NASAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El llamado líquido cefalorraquídeo es el líquido que rodea el cerebro y que llena sus cavidades internas. Las causas de su fistulización hacia el interior de la nariz pueden ser muy diversas: malformaciones, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, tumores, etc.

Llamamos cirugía endoscópica nasosinusal a la técnica quirúrgica endonasal que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos a nivel nasosinusal, mediante su abordaje con ayuda de endoscopios, permitiendo una mejor iluminación de las cavidades, un excelente control visual y el tratamiento de las lesiones evitando incisiones externas, puesto que se realiza a través de los orificios nasales.

En el caso concreto de la fístula de líquido cefalorraquídeo, la intervención se suele realizar bajo anestesia general.

Para una mejor localización de la fístula se inyecta, a través de una punción lumbar, una sustancia coloreada, llamada fluoresceína sódica al 5%, en el líquido cefalorraquídeo, antes de la intervención.

En el acto quirúrgico se pretende la oclusión del orificio de salida del líquido cefalorraquídeo, respetando al máximo la mucosa que tapiza las fosas nasales y los senos paranasales, e intentando conservar al máximo su funcionalidad. Para el cierre se utilizan diversos materiales, como cartílago septal, fascia muscular, cartílago del pabellón auricular, grasa abdominal o material preparado, como fascia liofilizada.

Si se considera conveniente se colocará un drenaje lumbar durante el tiempo que se crea necesario para asegurar un buen cierre de la fístula.

Tras la intervención, se suele colocar un taponamiento nasal durante un tiempo variable. Incluso con taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto de las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas. En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento hacia la parte posterior de la fosa nasal provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Después de la intervención puede aparecer dolor en la fosa nasal, en la región facial y craneal. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento.

En ocasiones, y según criterio de su médico, esta intervención puede acompañarse de otras maniobras terapéuticas, como recomendar una posición corporal semisentada durante unos días.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara y/o en los párpados.

En caso de presentarse sangre por la nariz o por la boca transcurridos unos días, el paciente deberá acudir al hospital para una nueva valoración y tratamiento.

Cabe la posibilidad de que, incluso a pesar de que las maniobras técnicas hayan sido las apropiadas, no pueda solucionarse satisfactoriamente la fístula del líquido cefalorraquídeo o que, incluso, pueda reproducirse un tiempo después. En estos casos, debe seguir los consejos de su médico quien le aconsejará la conducta que debe seguir en cada caso concreto.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, persistirá la pérdida de líquido cefalorraquídeo a través de la fosa nasal. Ello indica la existencia de una comunicación anormal entre la fosa nasal y el interior del espacio cerebral lo que podría tener graves consecuencias, como meningitis entre otras.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La solución de la pérdida de líquido cefalorraquídeo y, como consecuencia, la prevención de las posibles complicaciones, como la meningitis.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: No se conocen otros métodos de eficacia demostrada cuando el tratamiento médico y postural ya no es efectivo. Existen, no obstante, otras vías para abordar quirúrgicamente la reparación de la fístula de líquido cefalorraquídeo e intentar solucionarla. Su médico le aconsejará lo más indicado en su caso.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Como ya queda dicho, aun a pesar de que la técnica quirúrgica haya sido la correcta, puede persistir o, incluso incrementarse, la pérdida de líquido cefalorraquídeo. Ello exigiría una nueva intervención quirúrgica.

La inyección del contraste puede causar dolor de cabeza en los días sucesivos, así como la tinción de color amarillo intenso de la orina y de las lágrimas. Estos efectos desaparecerán espontáneamente.

La hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, puede aparecer a pesar de éste. En este caso será necesaria la revisión quirúrgica de la cavidad operatoria para localizar y controlar la zona sangrante.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria, de las cavidades sinusales e, incluso, meningitis o abscesos cerebrales. Para evitarlos se utilizarán tratamientos antibióticos durante la intervención quirúrgica y después de ésta.

En el postoperatorio inmediato pueden aparecer cefaleas que tienden a mejorar con el paso de los días. En la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias o cicatrizaciones anómalas de las paredes nasales, trastornos de la olfacción, sensación de sequedad y formación de costras, que precisan lavados nasales y curas tópicas.

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 gene-
ral, como consecue	ncia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad,
con la existencia de	e otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.
RIESGOS RELAC	CIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES
Y PROFESIONA	LES
OBSERVACION	ESY CONTRAINDICACIONES

el propio paciente.

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico
■ TUTOR LEGAL O FAM	1ILIAR
D./D. ^a	y en calidad de
es consciente de que el pacier	nte cuyos datos figuran en el encabezamiento no es competente para decid
en este momento por la que	asume la responsabilidad de la decisión en los mismos términos que har

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE NEOFORMACIONES BENIGNAS DEL VESTÍBULO NASAL

Nombre y ape	llidos		
, .		Número de historia clínica	
Diagnóstico d	el proceso	Fecha	
		N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica destinada a la **EXTIRPACIÓN DE NEOFORMACIONES BENIGNAS DEL VESTÍBULO NASAL**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ellas se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Denominamos vestíbulo nasal a la porción más anterior de las fosas nasales. A ese nivel, pueden aparecer, generalmente en el tabique nasal, pequeñas tumoraciones de muy diversa naturaleza. Su extirpación se suele realizar vía endonasal, a través de los orificios nasales, por lo que no suele dar lugar a cicatrices o deformaciones nasales externas.

En algunos casos, en localizaciones lesionales muy inferiores, la extirpación adecuada puede precisar de una incisión en la región de la mucosa gingivolabial; excepcionalmente, ante grandes volúmenes lesionales o extensiones posteriores puede ser de utilidad una incisión externa en la piel, en el territorio del pliegue del ala nasal.

La intervención se puede realizar bajo anestesia local asociada a técnicas de analgesia y sedación. No obstante, las lesiones muy voluminosas o muy sangrantes pueden precisar anestesia general.

Para la extirpación se puede utilizar el bisturí convencional, el electrocauterio, el bisturí eléctrico y el láser, entre otras técnicas.

Una vez finalizada la cirugía, puede ser preciso colocar un taponamiento nasal durante un período de tiempo variable. El paciente tendrá que respirar, a lo largo de todo ese tiempo, por la boca.

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas si la hemostasia —la capacidad de coagulación del paciente— es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una compresión local, mediante un taponamiento nasal, en el caso de que no se haya colocado previamente, o bien sustituirlo por otro que garantice una mayor compresión.

En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa con la que se ha realizado el taponamiento nasal por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la orofaringe, provocando una sensación molesta y náuseas que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. El taponamiento nasal justifica que el paciente puede sufrir sensación de sequedad de boca y garganta, que aparecen al tener que respirar continuamente por la boca, también puede aparecer sensación de pesadez de cabeza.

Durante un período de tiempo variable, que puede prolongarse durante varias semanas, el paciente puede sufrir la formación de costras nasales, que debe intentar minimizar mediante lavados nasales repetidos.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el paciente continuará con la insuficiencia respiratoria nasal de forma permanente, asociada a otros síntomas relacionados con la naturaleza del proceso. Como quiera que muchas de estas formaciones son sangrantes, pueden persistir hemorragias de repetición.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría en la permeabilidad nasal, desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal y desaparición de las hemorragias nasales provocadas por la lesión del vestíbulo.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de eficacia contrastada para el tratamiento de las neoformaciones nasales.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una hemorragia nasal. Asimismo, puede aparecer una infección en el período postoperatorio.

Cabe la posibilidad de que aparezcan las llamadas sinequias –adherencias entre ambas paredes de la fosa nasal, o un estrechamiento persistente del vestíbulo nasal–, debido a una cicatrización anómala de la zona de resección.

Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal, que a veces da lugar a la formación de costras, durante un período de tiempo relativamente largo. En la medida que se deba sacrificar un volumen importante de mucosa de la fosa nasal, la sequedad puede llegar a ser permanente.

Puede producirse, además, la aparición de una perforación a nivel del tabique nasal, que podría determinar la aparición de costras, alteraciones del aliento y, ocasionalmente, un ruido durante la respiración.

Si se utiliza el láser, pueden producirse quemaduras en la pirámide nasal o en zonas de la cara próximas. Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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.

Cabe también la posibilidad de que se produzcan deformaciones externas de la pirámide nasal o del vestíbulo de la nariz, generalmente relacionadas con extirpaciones de lesiones nasales voluminosas y a consecuencia de una retracción de las partes blandas en el proceso de cicatrización.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL

Nombre y ape	ellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico d	del proceso	Fecha	
Médico inform	nante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA ELTRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía endoscópica nasosinusal es la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos en fosas nasales y senos paranasales, mediante su abordaje con ayuda de endoscopios, consiguiendo una excelente iluminación de las cavidades, un mejor control visual y un tratamiento más preciso de las lesiones nasales.

La intervención se suele realizar bajo anestesia general, si bien, eventualmente puede realizarse con anestesia local asociándola a sedación y analgesia del paciente, según criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de los orificios de las fosas nasales por lo que no suele quedar ninguna cicatriz externa.

En el acto quirúrgico se pretende la extirpación de las lesiones y las estructuras vecinas afectadas, respetando al máximo la mucosa que tapiza las cavidades ya mencionadas, e intentando conservar la mayor funcionalidad de las fosas nasales y de los senos paranasales.

Tras la intervención, se puede colocar un taponamiento nasal durante un tiempo variable, que raramente excede las 48 horas. No obstante, a pesar del taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas. En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento por la parte posterior de la fosa nasal hacia la cavidad oral, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirándolo y colocando otro, si es preciso.

Después de la intervención, puede aparecer dolor en la fosa nasal, con irradiación a la región facial y craneal. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Éstos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento. La sensación de taponamiento puede persistir en los días posteriores a la retirada del taponamiento a causa de la inflamación secundaria a la cirugía.

En el postoperatorio es muy importante la realización de lavados en ambas fosas nasales mediante suero fisiológico, para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal.

En caso de presentarse, un tiempo después, hemorragia por la nariz o por la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, persistirán los síntomas de la poliposis nasosinusal. Es posible que los pólipos continúen creciendo, a pesar de los tratamientos médicos, y que ello pueda producir la compresión de las estructuras vecinas y la aparición de diversas complicaciones.

 BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la ventilación nasal y de los síntomas producidos por la dificultad ventilatoria, como la disminución de la capacidad olfativa del paciente, la sensación de sequedad faríngea, las cefaleas, etc.

La cirugía endoscópica tiene como estricto objetivo la extirpación de los pólipos nasales y sinusales, mejorando la ventilación nasal y los síntomas relacionados con la disminución de la permeabilidad nasosinusal, pero pudiendo persistir, tras la intervención, otros síntomas, como la mucosidad, los estornudos, etc., que están producidos por la enfermedad de base del paciente y que frecuentemente afecta a toda la vía respiratoria –nariz, garganta, bronquios, etc.– y es la responsable de la poliposis. Por ello, para controlar estos síntomas se requerirán otros tratamientos complementarios durante un tiempo variable.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de eficacia demostrada, cuando el tratamiento médico ya no es efectivo.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La hemorragia endonasal, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar de éste. En caso de persistir la hemorragia, deberá efectuarse una revisión de la cavidad quirúrgica con la finalidad de localizar y controlar el punto sangrante o colocar un nuevo taponamiento; todo ello puede hacer necesaria una nueva anestesia general. Si la hemorragia ha sido importante, puede ser necesaria una transfusión sanguínea.

Excepcionalmente, puede producirse una hemorragia por afectación de algún vaso que drena la sangre hacia el interior de la órbita del ojo. Ello produciría un aumento de la presión en el interior de ésta y la aparición de graves consecuencias para el propio ojo, por lo que dicha complicación requiere una intervención quirúrgica urgente para descomprimir el ojo y evitar la ceguera. Esta maniobra quirúrgica se puede realizar a través de la nariz pero, en algunas ocasiones, es necesaria una incisión en la piel del ángulo interno del ojo.

En ocasiones, en el curso de la intervención quirúrgica, puede afectarse la musculatura ocular, y producir una sensación de visión doble, temporal o permanente.

Por otra parte, si se lesiona el nervio óptico, puede aparecer ceguera en el ojo afectado, que se manifestaría ya en el postoperatorio inmediato.

Si durante la intervención es necesario penetrar en la órbita pueden producirse infecciones del contenido orbitario que deberán ser tratadas con antibióticos.

Pueden aparecer fístulas o fugas del líquido que circunda el cerebro dentro de la cavidad craneal –el llamado líquido cefalorraquídeo– hacia el interior de la fosa nasal; ello se debe a la presencia de una

comunicación entre la cavidad craneal y la fosa nasal creada por el mismo tumor o producida durante su extirpación. La reparación es quirúrgica y se realiza preferentemente desde el interior de la fosa nasal bajo control endoscópico. El material para cerrarla puede obtenerse de diversas partes del cuerpo, como por ejemplo el cartílago del tabique, el cartílago del pabellón auricular, la grasa abdominal, etc.

También puede producirse la infección de la cavidad quirúrgica y de los senos paranasales. Ésta podría, incluso, extenderse a la cavidad craneal u orbitaria. Habitualmente estas infecciones evolucionan bien mediante la administración de un antibiótico, pero en el caso de que se produzca un absceso, se realizará un drenaje quirúrgico.

Puede aparecer cefalea en los primeros días postoperatorios pero raramente persiste a largo plazo. En la fosa nasal pueden aparecer perforaciones del tabique, sinequias, es decir, cicatrices anómalas entre las paredes de las fosas nasales, pérdida parcial o total del olfato, sensación de sequedad, formación de costras y mucosidades espesas, que precisarán de lavados nasales y curas tópicas.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA RESECCIÓN DE UNA SINEQUIA NASAL DE LA FOSA NASAL

Nombre y a	pellidos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
Médico infor	rmante	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **RESECCIÓN DE UNA SINEQUIA NASAL**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ellas se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos sinequias nasales a las adherencias entre ambas paredes de la fosa nasal, las llamadas paredes lateral y la medial o septal. Su origen puede ser muy diverso: infecciones sufridas con anterioridad, intervenciones quirúrgicas, taponamientos nasales, colocación de sondas de alimentación o aspiración, cauterizaciones nasales, etc., entre las más habituales.

En muchos casos pasan desapercibidas pero, en otros, pueden producir síntomas, como obstrucción nasal o formación de costras.

Dicha sinequia puede solucionarse con métodos muy diversos en función de la magnitud y la localización de la lesión como, por ejemplo, extirpación mediante bisturí convencional, bisturí eléctrico o láser de CO_2 .

La intervención se puede realizar bajo anestesia local o anestesia general, en función de la magnitud y localización de la lesión.

En ocasiones, y a criterio del cirujano, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el tabique nasal, sujetas mediante una sutura, durante un tiempo variable que, raramente, supera las 3 semanas.

Al finalizar la intervención, según el criterio del cirujano, la extensión, y la zona específica tratada, se puede colocar un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable que raramente será inferior a los 2 días, ni superior a los 7 días. Este taponamiento nasal ocasionará molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta, entre otras. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos nasales se asocian con antibioticoterapia oral para evitar infecciones de la propia nariz o de los senos.

Durante las primeras horas tras la intervención, a través del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En ocasiones puede aparecer una hemorragia nasal, que obliga a revisar el taponamiento nasal previamente colocado. A veces requiere sustituirlo por otro que garantice una mayor presión. Excepcionalmente, puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.

En raras ocasiones, el taponamiento se puede desplazar, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Dicho taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, aunque deben desaparecer tras las primeras 24 horas de postoperatorio.

Retirado el taponamiento nasal, en el período postoperatorio es recomendable la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico o soluciones similares, para favorecer la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el paciente continuará con insuficiencia respiratoria nasal, de forma permanente.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría en la permeabilidad nasal y desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de eficacia contrastada para el tratamiento de la sinequia de las fosas nasales.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos, aparecerá entonces una rinosinusitis.

En ocasiones, pueden permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal. Las perforaciones septales pueden producir ruido o un silbido característico, esencialmente, si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar a la formación de costras y sangrado nasal leve, pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.

Puede aparecer una hemorragia nasal.

Cabe la posibilidad de que persistan o se reproduzcan las sinequias: las que afectan el techo nasal o el suelo de la fosa nasal en su porción más anterior obtienen siempre peor resultado quirúrgico y recidivan más frecuentemente.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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.

Es posible que, aun solucionada la sinequia, persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal o sufrir la formación de costras, durante un período de tiempo relativamente largo e, incluso, con carácter permanente.

Podrían aparecer trastornos deficitarios de la olfacción.

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

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del médico
,
ente para decidir
inos que haría el
lel tutor o familiar
i

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RINOPLASTIA ABIERTA

Nombre v at	oellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **RINOPLASTIA ABIERTA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos rinoplastia abierta a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz, utilizando una vía de abordaje externa que permite exponer abierta y directamente la zona de la nariz a corregir.

La intervención se suele realizar bajo anestesia general y, con menor frecuencia, bajo anestesia local asociándose una sedación y analgesia del paciente.

La técnica quirúrgica requiere una serie de incisiones en la pared lateral nasal del interior de la nariz y otra más en la llamada columela, que es la zona que une la punta nasal con el labio superior, lo que permite exponer toda la pirámide nasal en su porción ósea y cartilaginosa, a cielo abierto.

Acto seguido los tejidos blandos se separan cuidadosamente de las estructuras óseas y cartilaginosas y se corrigen las deformidades presentes, mediante técnicas muy diversas. Una vez corregidas las deformidades, los huesos y los cartílagos se sitúan de tal manera que adopten la posición más adecuada.

En ocasiones puede ser necesario el uso de injertos. Éstos pueden ser del propio paciente —llamados, entonces, autólogos—. Suele utilizarse cartílago del tabique nasal o de la oreja, y hueso, principalmente de la costilla o de la cadera. También se pueden emplear injertos sintéticos, pero tienen más probabilidades de infección y rechazo.

Tras la intervención se coloca una pequeña férula sobre el dorso de la nariz y se suele realizar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un tiempo variable, según la magnitud de la resección y la reposición de los fragmentos remodelados en el dorso nasal. El taponamiento puede ocasionar molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos, si el tiempo de permanencia es prolongado, pueden tener que asociarse a antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas del taponamiento suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En raras ocasiones, el taponamiento se puede desplazar hacia atrás, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Este taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, pero deben desaparecer tras las primeras 24 horas de postoperatorio.

Durante los primeros días puede aparecer un hematoma en la cara o en el contorno ocular.

El paciente debe mantenerse en reposo relativo durante unos días en su domicilio y evitar traumatismos sobre la nariz, que podrían modificar el resultado de la intervención quirúrgica. Si usa gafas, no deberá utilizarlas hasta que se lo indique su cirujano.

En caso de presentarse hemorragia por la nariz o la boca, unos días después de la cirugía, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el paciente continuará con su deformidad nasal.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría en el aspecto externo de la pirámide nasal.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Ya se ha señalado la posibilidad de que se produzca una pequeña hemorragia nasal o bucal tras la intervención quirúrgica. Rara vez tiene una intensidad valorable, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal. En caso de aparecer una hemorragia en el postoperatorio, ante todo hay que revisar el taponamiento nasal previamente colocado, a veces requiere sustituirlo por otro que garantice una mayor presión, excepcionalmente puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos. Excepcionalmente, puede aparecer una infección en los tejidos blandos faciales.

En ocasiones, pueden permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

La realización de una incisión en la llamada columela supone la permanencia de una pequeña cicatriz transversal en ésta: por lo general resulta muy poco visible aunque, en determinadas ocasiones, es más evidente dependiendo de la textura de la piel o de procesos de cicatrización poco favorables.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, más frecuentes en las operaciones realizadas sobre el tabique nasal. Las perforaciones septales pueden producir un ruido o un silbido característico, esencialmente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar a la formación de costras y sangrado nasal, leve pero reiterativo a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.

Pueden formarse sinequias —bridas entre las paredes de la fosa nasal—, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio.

Pueden aparecer también, trastornos de la olfacción, así como complicaciones oculares, como visión doble durante un tiempo, edema de los párpados, una pequeña hemorragia conjuntival y hematomas faciales.

Cabe la posibilidad de que los elementos osteocartilaginosos de la nariz puedan desplazarse durante el período postoperatorio, ya sea como consecuencia de una cicatrización anómala o de un traumatismo accidental. Ello produciría defectos estéticos que aparecerían en el período postoperatorio.

A lo largo del período postoperatorio puede aparecer adormecimiento en la zona de la mejilla e, incluso, la falta de sensibilidad en los dientes superiores, por lesión accidental del llamado nervio infraorbitario.

Por otra parte, cabe la posibilidad de que la piel de la pirámide nasal o de la cara pueda sufrir lesiones de diversa índole como consecuencia de una cicatrización incorrecta. Por ello, a veces, aparecen secuelas, como atrofia cutánea, retracciones y cambios en la coloración superficial entre las más frecuentes.

Por otro lado, tal y como ya se ha dicho, en ocasiones se requiere tomar fragmentos de tejidos de diversas zonas del organismo, como cartílago de la oreja o hueso de la cadera, por lo que la cicatrización de estas zonas podría resultar poco estética o dolorosa.

En un 20% de los casos es necesario realizar una segunda intervención. Las causas más frecuentes de ésta son: una mala cicatrización, un desplazamiento poco afortunado de los fragmentos utilizados en la reconstrucción y un traumatismo nasal sufrido en el postoperatorio. Además, si el paciente presenta grandes deformidades de la pirámide nasal, existe una mayor posibilidad de tener que realizar una segunda cirugía para corregir los defectos que hayan podido permanecer después de la primera cirugía. Por norma general, la reintervención no suele realizarse hasta transcurrido un año de la primera intervención.

Puede producirse el hundimiento o plegamiento del dorso de la nariz en su porción cartilaginosa como consecuencia de un trastorno de cicatrización.

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				
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES				

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del medico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RINOPLASTIA MEDIANTE TÉCNICA CERRADA

NI a mala ma a ca	11: -1	
Nombre y a	penidos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
-	•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **RINOPLASTIA MEDIANTETÉCNICA CERRADA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos rinoplastia mediante técnica cerrada al procedimiento quirúrgico que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz.

La intervención se suele realizar bajo anestesia general y, con menor frecuencia, bajo anestesia local asociándose la sedación y la analgesia del paciente. La intervención se realiza a través de diversas incisiones practicadas en el interior de la nariz. El número y extensión de éstas depende de la magnitud y localización de las deformidades que tratar. Una vez corregidas las deformidades, los huesos y los cartílagos se sitúan de tal manera que adopten la posición más adecuada.

En ocasiones puede ser necesario el uso de injertos, que pueden ser del propio paciente —llamados autólogos—, ya sea cartílago del tabique nasal o de la oreja, o hueso, principalmente de la costilla o de la cadera. También se pueden emplear injertos sintéticos, pero tienen más probabilidades de infección y rechazo.

Tras la intervención se coloca una pequeña férula sobre el dorso de la nariz y se suele realizar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un tiempo variable, que depende de la magnitud de la resección y reposición de los fragmentos remodelados en el dorso nasal.

El taponamiento puede ocasionar molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos, si el tiempo de permanencia es prolongado, pueden tener que asociarse a antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas del taponamiento suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En raras ocasiones, se puede desplazar hacia atrás el taponamiento por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la orofaringe, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. Dicho taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, deben desaparecer tras las primeras 24 horas del postoperatorio.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular. Después de la intervención, suele existir dolor en las fosas nasales, que puede irradiar a la cara y a la cabeza, sobre todo si se ha tenido que actuar sobre el hueso; dicho dolor se puede disminuir con calmantes o tratamiento sintomático.

El paciente, en su domicilio, debe mantenerse en reposo relativo durante unos días y evitará traumatismos sobre la nariz que podrían modificar el resultado de la intervención quirúrgica. Si usa gafas, no deberá utilizarlas hasta que se lo indique su cirujano.

En caso de presentar hemorragia por la nariz o la boca, unos días después de la cirugía, el paciente deberá acudir al hospital para una adecuada valoración y tratamiento.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el paciente continuará con su deformidad nasal.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría en el aspecto externo de la pirámide nasal.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En caso de aparecer una hemorragia en el postoperatorio, ante todo hay que revisar el taponamiento nasal previamente colocado, a veces requiere sustituirlo por otro que garantice una mayor presión, excepcionalmente puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos. Aparecerá entonces una rinosinusitis, excepcionalmente puede ocurrir una infección en los tejidos blandos faciales.

En ocasiones, pueden permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal. Las perforaciones septales pueden producir un ruido o un silbido característico, esencialmente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia, pueden dar lugar a la formación de costras y sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.

Pueden formarse sinequias —bridas entre las paredes de la fosa nasal—, que puede ser necesario seccionar en un segundo tiempo operatorio.

Pueden aparecer, también, trastornos de la olfacción, así como complicaciones oculares, como visión doble, edema de los párpados, hemorragia conjuntival y hematomas faciales.

Cabe la posibilidad de que los elementos osteocartilaginosos de la nariz puedan desplazarse en el postoperatorio, como consecuencia de una cicatrización anómala o de un traumatismo accidental; ello produciría defectos estéticos en el período postoperatorio.

A lo largo del período postoperatorio puede aparecer adormecimiento en la mejilla e, incluso, falta de sensibilidad en los dientes superiores, por lesión accidental del llamado nervio infraorbitario.

Por otra parte, cabe la posibilidad de que la piel de la pirámide nasal o de la cara pueda sufrir lesiones de diversa índole, como atrofia cutánea, retracciones y cambios en la coloración superficial, entre las más frecuentes.

Por otro lado, tal y como ya se ha dicho, en ocasiones se requiere tomar fragmentos de tejidos de diversas zonas del organismo, como cartílago de la oreja o hueso de la cadera, por lo que la cicatrización de estas zonas podría resultar poco estética o dolorosa.

En un 20% de los casos es necesario realizar una segunda intervención; las causas más frecuentes son: mala cicatrización, desplazamiento poco afortunado de los fragmentos utilizados en la reconstrucción o de un traumatismo nasal, durante el período postoperatorio. Además, si el paciente presenta grandes deformidades de la pirámide nasal, existe una mayor posibilidad de tener que realizar una segunda cirugía para corregir los defectos que hayan podido permanecer después de la primera cirugía. Por norma general, la reintervención no suele realizarse hasta transcurrido un año de la primera cirugía.

Puede producirse el hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal cartilaginosa como consecuencia de un trastorno de cicatrización.

Además, pueden aparecer alteraciones de la sensibilidad de la zona.

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	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORDAJE TRANSFACIAL: RINOTOMÍA LATERONASAL DEL LADO

Nombre y apellidos			
		Número de historia clínica	
Diagnóstico del proce	eso	Fecha	
Médico informante		N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la técnica quirúrgica denominada **RINO-TOMÍA LATERONASAL**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos rinotomía lateronasal a la técnica quirúrgica que consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas, a través de una incisión que se inicia en el ángulo interno del ojo y que contornea la nariz hasta alcanzar la vecindad del orificio nasal. Según la extensión y localización tumoral, puede ser necesario ampliar la incisión al labio superior y a la encía superior. Si dicha técnica quirúrgica se realiza para la extirpación de un tumor maligno que ha afectado al contenido orbitario, puede resultar necesario extirpar el ojo afectado. En este caso, el procedimiento se denomina rinotomía lateronasal con exanteración orbitaria. De la misma forma, si hubiese una afectación del paladar puede ser necesario resecarlo, de forma más o menos amplia, en cuyo caso la técnica se denomina rinotomía lateronasal con maxilectomía.

Es una intervención muy utilizada para la extirpación de tumores de la nariz y de los senos paranasales, en la mayoría de sus localizaciones, y se realiza bajo anestesia general.

Lógicamente, tras la intervención se observa una inflamación o tumefacción, que puede ser de moderada a intensa, afecta a las estructuras de la cara, e irá cediendo con el paso de los días.

En la intervención, se coloca un taponamiento nasal durante un período variable de tiempo, por lo general no inferior a 2 días, ni superior a 7 días.

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de la nariz como de la garganta, que suele ceder en unas horas si la hemostasia —la capacidad de coagulación del paciente— es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una mayor compresión local revisando el taponamiento existente o mediante un nuevo taponamiento nasal. En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa, con la que se realiza el taponamiento nasal, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si ello fuera preciso. El mencionado taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de garganta.

A pesar de que el cirujano intenta realizar la incisión siguiendo los pliegues de la cara, retirados los puntos de sutura, puede apreciarse una cicatriz que suele resultar poco estética pero que irá mejorando en su aspecto, a lo largo de los meses.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida.

También puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara y en el ojo.

En este período tras la intervención, el paciente debe evitar sonarse la nariz con violencia, ya que podría impulsar el aire a través de la herida, provocando el llamado enfisema facial, que es la penetración de aire dentro de los planos cutáneos de la cara.

En el postoperatorio es muy importante la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico, para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal y el drenaje de las lágrimas.

En caso de aparecer una hemorragia a través de la nariz o de la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

La resección del contenido ocular y del paladar requerirán la reconstrucción durante el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo operatorio, mediante colgajos cutaneomusculares trasladados desde otros territorios vecinos o mediante prótesis implantables.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el crecimiento del tumor dentro de las fosas nasales y los senos paranasales puede provocar la destrucción progresiva de las estructuras adyacentes, con posible afectación cerebral, de la vía óptica o de la órbita. Si la lesión es maligna, la demora en el tratamiento puede condicionar que, posteriormente, no sea operable. Si la lesión tiene un importante componente vascular, hay riesgo de hemorragia que puede poner en peligro la vida del paciente.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Diagnóstico definitivo y curación del proceso, en caso de éxito de la intervención, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo y prolongando la esperanza de vida, esencialmente en los tumores malignos.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: Las vías de acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y la rinofaringe son diversas. Cada una de ellas tiene sus peculiaridades. Su médico le aconsejará lo más conveniente a su caso, según sus circunstancias particulares. Las alternativas a la cirugía, en el tratamiento de los tumores malignos, son la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Una de las
 complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que
 puede aparecer a pesar de éste. Ello exigiría la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio
 de taponamiento.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos o la cavidad craneal. Aparecerá entonces sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 en la espalda del paciente.

Pueden aparecer, también fístulas –fugas– del líquido cefalorraquídeo –que rodea el cerebro dentro de la cavidad craneal– hacia el interior de la fosa nasal o la faringe. Ello exigiría, dependiendo de su permanencia y volumen, una nueva intervención quirúrgica.

En ocasiones, pueden quedar como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables. No es infrecuente la presencia y permanencia de alteraciones de la sensibilidad facial, con predominio de una cierta anestesia de la región del pómulo. Eventualmente puede aparecer un dolor en este territorio que suele mejorar con el paso del tiempo.

Pueden aparecer complicaciones oculares, como visión doble, infección de la órbita e incluso ceguera por afectación del nervio ocular.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias –bridas entre las paredes de la fosa nasal– y trastornos de la olfacción.

Con frecuencia puede persistir una gran tendencia a la formación de costras a lo largo del tiempo, con las lógicas molestias y mal aliento secundario a éstas.

Como ya hemos señalado, la cicatriz es poco estética y, en ocasiones, dolorosa.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SEPTOPLASTIA

Nombre v at	oellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **SEPTOPLASTIA**, 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 septoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de las deformidades del tabique nasal. Se efectúa bajo anestesia general y consiste, básicamente, en la extirpación, remodelación y reposición de los fragmentos de cartílago o de hueso que no se hallan en la posición correcta y que son responsables de las alteraciones en el funcionamiento nasal.

Esta intervención se realiza mediante una sola incisión que se practica en el interior de las fosas nasales. En ocasiones y a criterio del cirujano, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el septo nasal, sujetas mediante una sutura, durante unos días. Posteriormente se suele colocar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un tiempo variable. Éste suele ocasionar molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos pueden tener que asociarse a antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas, el taponamiento suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En raras ocasiones, se puede desplazar hacia atrás el taponamiento, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. Dicho taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele presentarse dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, deben desaparecer tras las primeras 24 horas de postoperatorio.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular.

En este período postoperatorio es recomendable la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico o similares soluciones, para favorecer la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la respiración nasal causada por un problema mecánico y de los síntomas relacionados con dicha dificultad respiratoria nasal.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen procedimientos de contrastada eficacia.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Una de las complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar de éste. En ese caso, hay que revisar el taponamiento nasal previamente colocado. Puesto que a veces requiere sustituirlo por otro que garantice una mayor presión. Excepcionalmente, puede ser necesaria la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general y el cambio del taponamiento. Eventualmente puede requerirse una transfusión sanguínea.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos, lo que se conoce como una rinosinusitis.

En ocasiones, pueden permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, que son más frecuentes en las reintervenciones del tabique. Estas perforaciones pueden producir un ruido o un silbido característico, esencialmente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar a una cierta tendencia a la formación de costras y a sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.

Pueden formarse sinequias –bridas entre las paredes de la fosa nasal–, que en ocasiones requieren su sección en un segundo tiempo operatorio.

Pueden aparecer también trastornos de la olfacción.

En un porcentaje de, aproximadamente, un 10%, es necesario realizar una reintervención por persistir obstrucción mecánica. Esto es debido a la existencia de diversas situaciones: un tabique muy deformado en la primera intervención, mala cicatrización, desplazamiento de los fragmentos recolocados o, por último, un traumatismo nasal sufrido durante el postoperatorio.

Puede, también, producirse un defecto estético, esencialmente como consecuencia del hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal. Esto puede ser debido a un trastorno de la cicatrización, tras la intervención quirúrgica.

Pueden aparecer, además, alteraciones de la sensibilidad de la zona.

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
T NOT ESIGNALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SEPTORRINOPLASTIA O RINOSEPTOPLASTIA

ria clínica
Fecha
N.º de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **SEPTORRINOPLASTIA** o **RINOSEPTOPLASTIA** y los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos septorrinoplastia o rinoseptoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección conjunta de la forma y de la función de la nariz. Por ello, se asocia la reparación de la forma externa de la pirámide nasal con la remodelación del interior de la fosa nasal, en un mismo acto quirúrgico.

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una serie de incisiones que se practican en el interior de la nariz; el número y extensión de dichas incisiones depende de la magnitud y la localización de las deformidades a tratar.

Según el tipo y localización de las deformidades puede ser preciso realizar una incisión suplementaria en la llamada columela, la estructura ubicada entre la punta nasal y el labio superior y que separa una fosa de la otra. Esta incisión permite trabajar sobre los elementos osteocartilaginosos de la pirámide nasal de forma más directa; este último tipo de abordaje se denomina rinoplastia abierta.

En ocasiones, y a criterio del cirujano, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el tabique nasal, sujetas mediante una sutura, durante unos días. Estas láminas deben retirarse tras un lapso de tiempo que raramente supera las 3 semanas.

Tras la intervención quirúrgica, se coloca una pequeña férula sobre el dorso de la nariz y se suele realizar un taponamiento nasal que se mantendrá durante un período de tiempo variable. El taponamiento ocasionará molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta, que se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos pueden tener que asociarse a antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En raras ocasiones, se puede desplazar hacia atrás el taponamiento por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la cavidad oral, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. Dicho taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, aunque deben desaparecer tras las primeras 24 horas de postoperatorio.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara o en el contorno ocular como consecuencia de la remodelación de los huesos y cartílagos de la nariz.

Si ha sido necesaria la realización de una incisión en la llamada columela permanecerá una pequeña cicatriz transversal en ésta, que, por lo general, resulta muy poco visible. No obstante, en determinadas ocasiones puede resultar más evidente según la textura de la piel o si el proceso de cicatrización ha resultado poco favorable.

El paciente, en su domicilio, debe mantenerse en reposo relativo durante unos días y evitar traumatismos sobre la nariz, que podrían modificar el resultado de la intervención quirúrgica. Si usa gafas, no deberá utilizarlas hasta que se lo indique su cirujano.

En caso de presentarse hemorragia por la nariz o la boca, unos días después de la cirugía, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el paciente continuará con dificultad respiratoria y la deformidad nasal.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría del aspecto externo de la pirámide nasal, así como de la permeabilidad nasal y de los síntomas que esta insuficiencia ventilatoria nasal puede producir.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Ya se ha señalado la posibilidad de que se produzca una pequeña hemorragia nasal o bucal tras la intervención quirúrgica. Rara vez tiene una intensidad valorable, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal que garantice algo más de presión. Excepcionalmente, puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos. Aparecerá entonces una rinosinusitis y, excepcionalmente, una infección en los tejidos de la cara.

En ocasiones, pueden permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, que son más frecuentes en reintervenciones del tabique nasal. Estas perforaciones pueden producir ruido o un silbido característico, esencialmente si son pequeñas y anteriores. Con frecuencia pueden dar lugar a una cierta tendencia a la formación de costras y sangrado nasal, leve pero reiterativo, a lo largo del tiempo. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.

Pueden formarse sinequias —bridas entre las paredes de la fosa nasal—, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio.

También pueden aparecer alteraciones de la olfacción, así como complicaciones oculares, como visión doble temporal, edema de los párpados y hematomas faciales.

Cabe la posibilidad de que los elementos osteocartilaginosos de la nariz puedan desplazarse en el postoperatorio, como consecuencia de una cicatrización anómala o de un traumatismo accidental; ello produciría defectos estéticos en el período postoperatorio.

Por otro lado, las porciones de hueso o de cartílago que durante la intervención han sido remodelados, resecados o implantados pueden dar lugar a irregularidades del dorso nasal, que pueden ser palpables o incluso visibles a la exploración. Conviene precisar que en pieles finas y elásticas estas irregularidades pueden ser más notorias. Por otro lado, como ya se ha indicado, en ocasiones se requiere tomar fragmentos de tejidos de diversas zonas del organismo, como cartílago de la oreja o hueso de la cadera, por lo que la cicatrización de estas zonas podría resultar poco estética o dolorosa.

Cabe, igualmente, la posibilidad de que la piel de la nariz o de la cara pueda sufrir lesiones de diversa índole, como cierta pérdida de elasticidad, atrofia, retracciones y cambios en la coloración superficial, entre las más frecuentes.

En un escaso porcentaje de pacientes, que no superan el 20%, puede requerirse una nueva intervención quirúrgica, por persistir la obstrucción nasal como consecuencia, en la mayor parte de los casos, de una mala cicatrización, de un desplazamiento poco afortunado de los fragmentos de reconstrucción o de un traumatismo nasal en el postoperatorio. Además, si el paciente presenta grandes deformidades de la pirámide nasal, hay más posibilidades de tener que realizar una segunda cirugía para corregir los defectos que hayan podido permanecer tras la primera cirugía.

Puede producirse el hundimiento o plegamiento del dorso de la pirámide nasal en su porción cartilaginosa como consecuencia de un trastorno de cicatrización, tras la intervención quirúrgica. Pueden aparecer también alteraciones de la sensibilidad de la zona.

Además, puede persistir una pequeña cicatriz en la llamada columela, si se ha precisado realizar una incisión en ésta, aunque, con el tiempo, su aspecto tiende a mejorar. No obstante, dependiendo de la textura de la piel y de procesos de cicatrización poco favorables puede permanecer una cicatriz más evidente.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES
• OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TURBINOPLASTIA Y/O TURBINECTOMÍA

Nombre v at	oellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	•••••

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, las intervenciones quirúrgicas denominadas **TURBINOPLASTIA** y/o **TURBINECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ellas se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se denomina turbinoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la disminución del tamaño del cornete inferior; dicha técnica se realiza en los casos en los que el cornete es el responsable de una obstrucción nasal.

Se denomina turbinectomía a la extirpación total o parcial del cornete inferior, con la finalidad de mejorar la permeabilidad nasal.

Ambas intervenciones se realizan a través de los orificios nasales, endonasalmente, por lo que no dejan cicatrices externas.

La intervención de turbinoplastia se puede realizar bajo anestesia local o general, y se pueden emplear diversos métodos, como la utilización del láser, de la radiofrecuencia o la resección submucosa simple, etc.

La turbinectomía es preferible realizarla bajo anestesia general, considerando lo sangrante del proceso.

Por lo general, la turbinoplastia con láser o radiofrecuencia no precisa taponamiento nasal posterior a la maniobra; no obstante, según el criterio del cirujano y la magnitud y localización de trabajo sobre el cornete, puede ser necesaria su colocación durante un corto espacio de tiempo.

En la turbinectomía y turbinoplastia con resección submucosa simple debe realizarse un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable. Este taponamiento ocasionará molestias, como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta, que se atenúan con tratamiento sintomático. Los taponamientos prolongados, superiores a las 48 horas, pueden precisar antibioticoterapia oral para evitar infecciones nasosinusales.

En ocasiones, y a criterio del cirujano, puede resultar necesaria la colocación de una o varias láminas de material sintético abrazando el septo nasal, sujetas mediante una sutura, durante unos días. Estas láminas deben retirarse tras un lapso de tiempo que raramente supera las 3 semanas. Pretenden evitar la presencia de sinequias o cicatrices entre las paredes de las fosas nasales.

En caso de aparecer una hemorragia en el postoperatorio, ante todo hay que revisar el taponamiento nasal previamente colocado. A veces, requiere sustituirlo por otro que garantice algo más de presión. Excepcionalmente, puede requerir la revisión de la zona quirúrgica bajo anestesia general. En raras ocasiones, se

puede desplazar hacia atrás el taponamiento, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la orofaringe, provocando una sensación de molestias y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. El mencionado taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de escasa entidad en la garganta.

Después de la intervención, suele presentarse dolor moderado en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento, deben desaparecer tras las primeras 24-48 horas de postoperatorio.

Durante un período de tiempo variable, que puede prolongarse durante varias semanas, el paciente puede referir la formación de costras nasales, que debe de ir minimizando mediante lavados nasales repetidos.

Según sea la causa de la hipertrofia del cornete, unos años después de la intervención puede volver a aumentar de tamaño, lo que requeriría el tratamiento que su médico considerara oportuno en ese momento.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el paciente continuará con insuficiencia respiratoria nasal, de forma permanente.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría en la permeabilidad nasal y desaparición de los síntomas producidos por la dificultad respiratoria nasal.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: No se conocen otros métodos de eficacia contrastada para el tratamiento de la hipertrofia de los cornetes, cuando el tratamiento médico ya no es efectivo.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Una de las
 complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que se resuelve con el taponamiento nasal, pero que
 puede aparecer a pesar de éste. Ello exigiría la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio
 del taponamiento.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos. Aparecerá entonces una rinosinusitis.

En ocasiones, pueden permanecer como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables.

Pueden formarse sinequias –bridas entre las paredes laterales de la fosa nasal y el septo nasal–, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio.

Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal, eventualmente puede generarse la formación de costras, durante un período de tiempo relativamente largo e incluso de manera permanente. Pueden aparecer también trastornos deficitarios de la olfacción. Todo ello precisará lavados nasales y la administración de pomadas vaselinadas para mejorar los síntomas de sequedad nasal.

Ocasionalmente, durante el acto quirúrgico, el cirujano puede utilizar el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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. En el caso de la cirugía láser pueden producirse quemaduras en las proximidades de la zona a intervenir.

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

1 PROFESI	ONALES		
ORSERVAC	CIONESY CONTRAINDIC	CACIONES	

DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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	y en calidad de
es consciente de que el paciente cuyos dato	os figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir
en este momento, por lo que asume la res	ponsabilidad 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.

FARINGE

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ADENOIDECTOMÍA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	N.° de colegiado
	Ğ

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **ADENOIDECTOMÍA**, 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 adenoidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación del tejido adenoideo —es decir, las vegetaciones— que ocupa la rinofaringe, área situada tras el paladar, en la parte posterior de las fosas nasales.

El tejido adenoideo se encuentra, en esta zona, en cantidad variable, durante la infancia y tiende a disminuir con el crecimiento, pudiendo desaparecer tras la adolescencia. La persistencia del tejido adenoideo en la edad adulta es infrecuente, aunque posible.

Cuando este tejido se desarrolla en exceso, es decir en los casos de hipertrofia, da lugar a una ocupación de la rinofaringe, originando problemas como la obstrucción nasal, síndrome de apnea del sueño, infecciones repetidas —las llamadas adenoiditis— y otras complicaciones debidas a su excesivo tamaño o a su infección, por ejemplo las infecciones del oído medio, el derrame crónico de moco en el oído medio, diversos problemas en las vías respiratorias bajas, como bronquitis, asma, etc.

Es una de las intervenciones más frecuentemente realizadas en los niños.

La intervención se efectúa a través de la boca, bajo anestesia general o local, y consiste en legrar, es decir raspar, con un instrumento especial llamado adenotomo, las vegetaciones adenoideas.

Tras la intervención, queda una superficie sangrante que tiende a coagularse espontáneamente, en un breve espacio de tiempo si la capacidad de coagulación de la sangre es normal. A este respecto, la frecuencia de la hemorragia aumenta con la administración de ácido acetilsalicílico o derivados de éste y el ibuprofeno, en los 10 días previos y posteriores a la intervención. Es frecuente que inmediatamente después de la intervención quirúrgica pueda aparecer, por la nariz o la boca, una pequeña cantidad de sangre que tiñe la saliva o el moco, por lo que es aconsejable sonarse la nariz, sin violencia, para expulsar dichas secreciones que, incluso, pueden contener pequeños coágulos de sangre. También pueden aparecer vómitos de color oscuro que, durante las primeras horas tras la intervención, se consideran normales y que están en relación con la pequeña cantidad de sangre deglutida durante la operación, por lo que no precisan tratamiento.

Después de la intervención suele existir un pequeño dolor de garganta y de oídos, durante la deglución, que se puede reducir con calmantes.

Adenoidectomía Faringe

Debe mantenerse reposo relativo en el domicilio durante 1 o 2 días.

La dieta será blanda durante los primeros 2 días, evitando los alimentos excesivamente calientes o fríos, picantes o ácidos.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, la falta de ventilación nasal puede ocasionar malformaciones de la cara o del paladar y de los dientes, la aparición de un ronquido e incluso una apnea del sueño –situación en la que los movimientos respiratorios quedan momentáneamente detenidos— y el aumento de las infecciones a nivel de la nariz, la garganta, el pecho, o los oídos.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la ventilación nasal, menor incidencia de infecciones como rinitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, traqueítis, bronquitis y otitis, y disminución o desaparición de los ronquidos y la apnea.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Las vegetaciones pueden reproducirse ya que, al no tener un límite preciso, su extirpación nunca es completa y los mínimos restos que quedan pueden crecer de nuevo produciendo las mismas molestias. De igual forma, y aunque la operación haya sido totalmente correcta, es posible que no desaparezcan las molestias, por existir otras causas que puedan mantenerlas.

En caso de aparecer una hemorragia persistente o repetidos vómitos de sangre, hay que efectuar un tratamiento adecuado de la situación, que suele consistir en la compresión de la zona intervenida mediante un taponamiento, llamado posterior porque se coloca en la parte posterior de las fosas nasales. Para ello es necesaria una anestesia general durante la cual se revisa el lecho quirúrgico.

Si la hemorragia fuera muy intensa o no se tratara con corrección, podría aparecer una anemia e incluso un *shock* llamado hipovolémico, por la pérdida del volumen de sangre. Cabe, incluso, la posibilidad de que, accidentalmente, pueda pasar la sangre que procede de la herida operatoria, o una porción de las vegetaciones extirpadas, hacia las vías respiratorias. A esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración o aspiración de las adenoides y puede llegar a obstruir las vías aéreas, produciendo, incluso, una parada cardiorrespiratoria.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación –pérdida de alguna pieza dental– accidental, una fisura del paladar blando, la aparición de una voz nasalizada, que llamamos rinolalia, trastornos de olfacción, e insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior durante la deglución.

En algunos casos, puede aparecer tortícolis, generalmente pasajera, y tos persistente, a lo largo de unos días.

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.

Faringe Adenoidectomía

Y PROFESIONALE	
OBSERVACIONES	Y CONTRAINDICACIONES
n el caso concreto de la	adenoidectomía, la existencia de malformaciones del paladar, tales como una úvul
ífida o un paladar hendid	o, podrían favorecer la aparición de incompetencia del paladar para cerrar la part
osterior de la nariz en e	momento de la deglución por lo que se podría producir el reflujo de los alimer
	la nariz, y la aparición de una voz nasal. Por ello, las circunstancias señaladas podría
_	raindicaciones relativas que el médico debería de valorar ponderándolas con l
ecesidad de realizar la in	
	wn, un 12% de los pacientes presentan inestabilidad atloaxoidea, por lo que en o
	nsión cervical, en el curso de la cirugía, podría producirse una compresión medula

Adenoidectomía Faringe

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **AMIGDALECTOMÍA**, 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 amigdalectomía es la intervención quirúrgica en la que se extirpan las amígdalas, situadas a ambos lados del paladar. La operación se suele efectuar bajo anestesia general y a través de la boca, no obstante, algunos especialistas, pueden efectuarla con anestesia local.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas y prolongarse a lo largo de 10 o 15 días, irradiándose hacia los oídos, debiéndose, por ello, administrar calmantes.

Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o incluso aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, debido a la sangre deglutida durante la intervención. También pueden ser normales las heces oscuras, en los días inmediatos, por el mismo motivo.

Durante los primeros días puede percibirse mal aliento.

Al abrir la boca y examinar la garganta pueden verse sendas zonas grisáceas o blanquecinas en el lugar que ocupaban las amígdalas. Ello es normal y corresponde al proceso de cicatrización de la zona.

Al principio, la alimentación consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, alimentación blanda hasta completarse la cicatrización.

La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de numerosas circunstancias. En ocasiones, la estancia en el hospital es muy breve.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, cuando está indicada, pueden seguir produciéndose amigdalitis con frecuencia, ronquidos, e incluso síndrome de apnea del sueño por la dificultad respiratoria, en relación con el tamaño de las amígdalas e, incluso, pérdida de peso por dificultades en la alimentación. En el caso de que la infección se extienda desde las amígdalas, pueden aparecer infecciones de los territorios próximos –los llamados abscesos periamigdalinos— e, incluso, alteraciones graves a otros niveles –cardíacos, renales, articulares, etc.—.

 BENEFICIOS ESPERABLES: Prevenir la aparición de infecciones frecuentes de las amígdalas, así como sus complicaciones, ya citadas. La intervención puede mejorar las alteraciones de la alimenAmigdalectomía Faringe

tación y la respiración, así como el ronquido y sus complicaciones, en especial el síndrome de apnea del sueño.

 PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Ante el fracaso del tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico es el único de contrastada eficacia.

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que persista una pequeña cantidad de amígdalas en uno o ambos lados del paladar.

También cabe la posibilidad de que se produzca una hemorragia de cierta intensidad durante el período posterior a la intervención; si esta hemorragia postoperatoria fuera muy intensa podría aparecer una anemia e incluso un *shock* –llamado hipovolémico, por la pérdida del volumen de sangre—. Por ello, la hemorragia casi siempre obliga a una nueva intervención para su control y, si fuera preciso, transfusión de hemoderivados. Este riesgo puede ocurrir aunque las pruebas de coagulación del estudio preoperatorio sean normales. La frecuencia de la hemorragia aumenta con la administración de ácido acetilsalicílico o derivados de éste y el ibuprofeno, en los 10 días previos y posteriores a la intervención.

Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, la sangre que procede de la herida operatoria pueda pasar hacia las vías respiratorias: a esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo incluso una parada cardiorrespiratoria.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección o, incluso, si el estado general del paciente está debilitado, una septicemia, es decir, la propagación de la infección a través de la sangre del paciente.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 en la espalda del paciente.

Además hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación —pérdida de alguna pieza dentaria— de manera accidental, una fisura del paladar, aparición de una voz nasalizada que llamamos rinolalia, e insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior durante la deglución, lo que determinaría la aparición de los líquidos o los sólidos ingeridos, a nivel de las fosas nasales. En ocasiones tras la intervención se observa un cambio del tono de la voz. En algunos casos, puede aparecer una tos persistente a lo largo de unos días, y una tortícolis, generalmente pasajera.

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.

Faringe Amigdalectomía

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
THE ESTENALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Amigdalectomía Faringe

DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UNA TUMORACIÓN BENIGNA DE LA FARINGE

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado
	G

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXTIRPACIÓN DE UNA TUMORACIÓN BENIGNA DE LA FARINGE**, 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 extirpación de una tumoración benigna de la faringe es, en ocasiones, necesaria por la naturaleza, el tamaño o la situación de la lesión. La operación se puede efectuar bajo anestesia general y a través de la boca o con anestesia local.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que pueden ser intensas y prolongarse a lo largo de 10 o 15 días, irradiándose hacia uno o los dos oídos, debiendo, por ello, administrarse analgésicos.

Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o, incluso, aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, y que están en relación con la sangre deglutida durante la intervención. También pueden ser normales las heces oscuras, en los días inmediatos, por el mismo motivo.

Durante los primeros días puede percibirse mal aliento.

Al abrir la boca y examinar la garganta puede verse una zona grisácea o blanquecina en el lugar que ocupaba la lesión. Esto es normal y corresponde al proceso de cicatrización de la zona.

Al principio, la alimentación consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, en alimentación blanda hasta completarse la cicatrización.

La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de las molestias, la evolución, etc. Durante éste se controlará la presencia de fiebre y hemorragia, así como el proceso de cicatrización de la herida.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, pueden producirse molestias muy diversas en dependencia de la naturaleza, el tamaño o la situación de la lesión.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: La extirpación de la tumoración benigna, así como la curación de las molestias que, por la naturaleza, el tamaño o la situación de la lesión, pudieran existir.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Ante el fracaso del tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico es el único de contrastada eficacia. No obstante, puede efectuarse con la utilización de otras tecnologías, como el láser o la radiofrecuencia.

 RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que persista una pequeña cantidad de lesión.

Aunque es excepcional, también es posible que se produzca una hemorragia de cierta intensidad durante el período posterior a la intervención.

Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, la sangre que procede de la herida operatoria pueda pasar hacia las vías respiratorias: a esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración. Si fuera muy intensa, puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo incluso una parada cardiorrespiratoria.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 paciente.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación –pérdida de alguna pieza dentaria— de manera accidental, fisura del paladar, aparición de una voz nasalizada que llamamos rinolalia, e insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior durante la deglución, lo que determinaría la aparición de los líquidos o los sólidos ingeridos, a nivel de las fosas nasales.

En algunos casos, puede aparecer una tos persistente durante unos días.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente		Firma del médico
■ TUTOR LEGAL O FAMI	LIAR	
D./D.ª	DNI	y en calidad de,
es consciente de que el paciente	e cuyos datos figuran en el enc	cabezamiento no es competente para decidir
en este momento, por lo que a	sume 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UNA TUMORACIÓN FARÍNGEA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXTIRPACIÓN DE UNATUMORACIÓN FARÍNGEA**, 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

Las tumoraciones faríngeas pueden tener una naturaleza, un tamaño y una localización muy distinta, dentro de la faringe. Según estas circunstancias, el especialista le aconsejará una u otra técnica quirúrgica.

En general, la intervención se lleva a cabo mediante anestesia general. En algunos casos se puede realizar a través de la abertura bucal, en otros, esta abertura debe ser ampliada mediante la sección del labio e incluso de la mandíbula inferior. Por último, en otros casos la vía de abordaje se inicia desde el cuello.

En muchos casos, esta intervención exige la realización de una traqueotomía, que es una técnica quirúrgica que consiste en la apertura de la tráquea a nivel del cuello, con objeto de establecer una comunicación, un orificio, entre ésta y el exterior, permitiendo la respiración a través de dicha comunicación.

En otras ocasiones, se requiere la colocación de una sonda de alimentación, que suele introducirse por la nariz y alcanzar el esófago, para facilitar la alimentación del paciente. Esta sonda suele ser temporal. En algunas situaciones concretas, el especialista puede disponer la realización de un orificio en el abdomen que comunica, mediante una sonda, el estómago con el exterior, para facilitar la alimentación del paciente intervenido.

Además, en la mayoría de las ocasiones, se requiere la realización de un vaciamiento ganglionar cervical, que consiste en la extirpación de la mayor parte de los ganglios linfáticos del cuello de un solo lado (unilateral), o de los dos (bilateral). Se realiza a través de una incisión que se practica en el cuello, en uno o ambos lados, con la finalidad de impedir que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo.

El cuello es una zona de paso de grandes vasos –arterias y venas que riegan la cabeza y el cuello—, de importantes nervios que, desde el cerebro, se dirigen hacia las diferentes zonas y órganos del resto del cuerpo y, además, contiene músculos y estructuras glandulares. A veces, al practicar un vaciamiento cervical puede ser necesario sacrificar alguna de estas estructuras, siempre con fines curativos. Por otra parte, en el transcurso de la intervención pueden resultar lesionadas algunas de estas estructuras.

Dependiendo de cada caso, es posible que el paciente permanezca ingresado en la UCI para su mejor control postoperatorio durante las primeras 24 horas tras la intervención. Al día siguiente puede pasar a la planta, donde continuará su recuperación.

El paciente llevará unos pequeños tubos de drenaje en uno o ambos lados del cuello, que se retirarán a los 2 o 3 días. En los primeros días después de la intervención, pueden aparecer hemorragia o infecciones que obliguen a reintervenir, prolongando la estancia hospitalaria.

Después de la intervención, si se ha realizado una traqueotomía, se coloca un tubo, en el orificio practicado, llamado cánula traqueal. A través de dicho tubo se respira y se expulsan las secreciones. Es muy importante mantenerlo limpio para que no se obstruya. Por ello es imprescindible aspirar las secreciones y humedecerlo para que éstas no se sequen en su interior. Esta cánula deberá ser empleada durante días o semanas; en algunos casos debe llevarse de forma definitiva.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas e irradiarse hacia los oídos, prolongándose durante 10 o 15 días, debiendo, por ello, administrarse calmantes. Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o, incluso, aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, y que están en relación con la sangre deglutida durante la intervención. También pueden ser normales las heces oscuras, en los días inmediatos, por el mismo motivo.

Durante los primeros días puede percibirse mal aliento. Al principio, la alimentación suele realizarse a través de una sonda, como ya hemos dicho, y, después, es posible a través de la boca. Inicialmente consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, en alimentación blanda hasta completarse la cicatrización.

La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de las molestias, la evolución, etc. Durante éstas se controlará la presencia de fiebre y hemorragia, así como el proceso de cicatrización de la herida.

El período de cicatrización puede prolongarse de 2 a 3 semanas, parte de las cuales el paciente deberá permanecer ingresado en el hospital y, posteriormente, acudir a las consultas externas del servicio para las revisiones o curas que sean necesarias.

En determinados casos, para el correcto tratamiento de la enfermedad será necesaria la administración de radioterapia y/o quimioterapia tras la intervención.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, si no se realizan otros tratamientos hay que suponer que la naturaleza de la tumoración justifique su crecimiento inexorable que acabará produciendo profundos trastornos de la alimentación y de la respiración e, incluso, la extensión del tumor a otras zonas más distantes del organismo.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Curación de la enfermedad.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: Pueden ser la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento se combinan de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que se produzca una hemorragia de cierta intensidad durante el período posterior a la intervención. Si fuera muy intensa o no se tratara con corrección, podría aparecer una anemia e incluso un shock llamado hipovolémico por la pérdida del volumen de sangre. De producirse el tratamiento podría requerir una nueva intervención o una transfusión. Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, pueda pasar la sangre que procede de la herida operatoria hacia las vías respiratorias; a esta posibilidad se la

conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas y causar, incluso, una parada cardiorrespiratoria.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 paciente.

Es posible que se produzca la infección de la herida quirúrgica o del aparato respiratorio, y disfagia —dificultades para tragar— que pueden ser definitivas y quedar como secuela.

Pueden aparecer, también, fístulas faríngeas –comunicaciones de la garganta con el exterior del cuello–, enfisema cervical o mediastínico –pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax–, necrosis –destrucción– de las partes blandas del cuello, recidiva –reaparición– de la enfermedad, temprana o tardíamente.

Pueden aparecer alteraciones del olfato y del gusto, limitaciones en la motilidad de la lengua o del labio y una cicatriz antiestética o dolorosa.

En el caso de una traqueotomía, pueden aparecer tapones mucosos en la tráquea o los bronquios.

En el caso de que se precise un vaciamiento cervical, puede aparecer una hemorragia a nivel del cuello, que puede requerir una nueva intervención quirúrgica y una transfusión. En ocasiones, esta hemorragia puede ser la causa del llamado «hematoma sofocante del cuello», que pudiera requerir la realización de una traqueotomía si es que no se ha realizado con anterioridad.

Pueden aparecer diferentes complicaciones cardiovasculares, como el *shock* hipovolémico, antes citado, la embolia gaseosa —penetración de aire en el interior de los vasos—, la trombosis venosa —formación de un coágulo en el interior de una vena—, la embolia pulmonar —enclavamiento de un coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio— y el paro cardíaco.

Cabe la posibilidad de que aparezcan alteraciones cerebrales, generalmente por isquemia, es decir disminución del riego cerebral, como ceguera, hipoacusia neurosensorial –sordera– y vértigo; hemiplejía –es decir, parálisis de la mitad del cuerpo– e, incluso, el fallecimiento del paciente. Se puede producir un edema –inflamación– de la cara o de la laringe, y dificultades respiratorias que puedan requerir traqueotomía, si no se ha realizado antes.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una movilización anormal, fractura o edentación –pérdida de alguna pieza dental– de manera accidental, fisura del paladar, aparición de una voz nasalizada que llamamos rinolalia, e insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior, durante la deglución.

Cabe la posibilidad de que se produzca una lesión en alguno de los nervios que atraviesan la zona, como el plexo cérvico-braquial o el nervio facial, entre los más importantes. Esto supondría un trastorno en el movimiento en los músculos de diferentes regiones, como la cara, el cuello, el hombro, o el diafragma.

El estrés del paciente puede justificar una úlcera gastroduodenal y una depresión.

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 gene-

ral, como consecuencia de ésta. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.	edad, con
■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES	
1 PROFESIONALES	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UVULOPALATOPLASTIA ASISTIDA POR LÁSER (LAUP)

Nombre y apellidos	
	. Número de historia clínica
	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la **UVULOPALATOPLASTIA ASIS- TIDA POR LÁSER (LAUP)**, 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 llamada roncopatía crónica —el ronquido— y la apnea obstructiva del sueño —situación en la que los movimientos respiratorios quedan temporalmente detenidos— se deben, entre otros motivos, a alteraciones variables en el tamaño y la forma de muy diferentes zonas de la nariz y de la garganta.

Para su tratamiento se utilizan diferentes técnicas en cuya elección será ayudado por su especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

La técnica de la uvulopalatoplastia asistida por láser consiste en la realización, mediante un láser de CO_2 , de dos incisiones a cada lado de la úvula o campanilla, y la vaporización —es decir, la eliminación— del 60-70% de ésta.

La intervención se suele realizar bajo anestesia local, pudiéndose asociar con sedación y analgesia; y en régimen ambulatorio, es decir, sin ingresar en el hospital. No obstante, según sus circunstancias personales, puede requerirse la realización de una anestesia general y un breve ingreso.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas e irradiarse hacia los oídos. Estas molestias pueden prolongarse a lo largo de 10 o 15 días, debiendo, por ello, administrarse calmantes. Dichas molestias pueden dificultar la deglución por lo que puede ser normal la pérdida de una cierta cantidad de peso corporal mientras dure el dolor. Durante los primeros días, puede observarse el escape por la nariz de una pequeña cantidad de los líquidos que se degluten. Ello se considera normal y no debe preocuparle ya que este fenómeno suele ser pasajero. Tras la intervención, puede haber un incremento del ronquido, debido a la inflamación del paladar que, asimismo, es pasajero.

Al principio, la alimentación consistirá sólo en alimentos líquidos y, posteriormente, la alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización de la zona intervenida.

Durante los primeros días, puede percibirse mal aliento y la existencia de unas placas blancas en el paladar que corresponden a la cicatrización de la zona operada.

Durante las primeras 48-72 horas conviene que duerma con la cabeza elevada unos 30°.

Cabe la posibilidad de que, con posterioridad a este procedimiento quirúrgico, deban realizarse otros, complementarios, a otros distintos niveles, como la nariz, la laringe, etc.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, y si no se han puesto en marcha otras medidas sobre las que su especialista le aconsejará, no puede esperarse una franca mejoría de su ronquido y las consecuencias que éste conlleva. Tampoco puede esperarse una mejoría de las apneas del sueño, si es que las padece, y sus consecuencias negativas, si bien existen alternativas terapéuticas de las que será ampliamente informado.

En el caso del ronquido, existe la hipótesis de que éste puede evolucionar hasta la apnea obstructiva del sueño. Por ello, el tratamiento del ronquido podría prevenir la posible aparición de dicha enfermedad.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La eliminación del ronquido se consigue en un 80% de los casos correctamente seleccionados, pero estos resultados disminuyen hasta un 60% de los casos después de un año de la cirugía. En relación a las apneas nocturnas, el porcentaje de buenos resultados se sitúa alrededor del 50% de los casos.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: El tratamiento de la roncopatía y/o de las apneas —las paradas respiratorias— durante el sueño debe ser global e individualizado. La indicación de esta cirugía y la asociación con otras medidas dependen de un estudio completo de cada caso. La cirugía puede ser el único tratamiento propuesto para resolver este problema o formar parte de una estrategia terapéutica combinada con otros procedimientos. En muchos casos, la pérdida de peso, la disminución del consumo de alcohol y/o de tabaco, y la reducción de determinados fármacos mejora tanto la roncopatía como la apnea del sueño. Por otra parte, la llamada nCPAP es una mascarilla de ventilación a presión positiva que debe utilizarse durante toda la noche y que elimina tanto el ronquido como la apnea. Existen, además, otros procedimientos, como las prótesis de avance mandibular, otros tipos de cirugía, y tratamientos médicos, o incluso posturales, que su médico le explicará.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La complicación más común es la hemorragia. Lo habitual es que, si acontece, lo haga de forma inmediata, aunque excepcionalmente puede aparecer durante la primera semana tras la intervención. Pocas veces requiere una nueva intervención quirúrgica y, excepcionalmente, una transfusión de sangre.

Ya hemos señalado que, en un cierto número de casos, puede producirse, de manera transitoria, un cierto grado de reflujo de los líquidos deglutidos a través de la nariz. Excepcionalmente, este fenómeno puede persistir de forma permanente.

En un 10% de los casos, y también de forma transitoria, pueden producirse cambios en la tonalidad de la voz como, por ejemplo, una voz más nasal o más profunda, o dificultades en la pronunciación de ciertas letras, como por ejemplo la «g», entre otras.

Es frecuente la aparición, en el período postoperatorio, de las denominadas parestesias faríngeas o sensaciones de cuerpo extraño en la garganta, como sensación de moco pegado, o sequedad de garganta que suelen evolucionar hacia la desaparición con el tiempo.

De la misma manera, pueden aparecer alteraciones del gusto, que también desaparecen un tiempo después. En algunos casos, puede aparecer un tortícolis, generalmente pasajero, y tos persistente, durante unos días.

La aparición de una estrechez en la llamada rinofaringe –la zona de detrás de la nariz–, con dificultad respiratoria nasal o imposibilidad de sonarse, es excepcional.

Las pequeñas lesiones de los dientes o de los labios provocadas por el instrumental utilizado son poco frecuentes.

La infección local y la dificultad respiratoria, debidas a la inflamación postoperatoria, son, asimismo, excepcionales.

Muy raramente y sólo en pacientes de riesgo, como los afectados de obesidad mórbida y presencia de un elevado número de apneas, puede precisarse una traqueotomía temporal durante el período postoperatorio.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.^ay en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey e

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA BASE DE LA LENGUA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA (RFBL)

Nombre y apellidos	
Edad DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, el **TRATAMIENTO DE LA BASE DE LA LENGUA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA (RFBL)**, 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 llamada roncopatía crónica —el ronquido— y la apnea obstructiva del sueño —situación en la que los movimientos respiratorios quedan temporalmente detenidos— se deben, entre otros motivos, a alteraciones variables en el tamaño y la forma de muy diferentes zonas de la nariz y de la garganta.

Para su corrección se utilizan diferentes técnicas en cuya elección será ayudado por su especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

El tratamiento mediante radiofrecuencia de la base de la lengua se suele realizar mediante anestesia local, si bien pueden utilizarse, además, técnicas de analgesia o sedación. La intervención se realiza en régimen ambulatorio, es decir, sin ingreso hospitalario. La técnica consiste en la introducción de un electrodo en diversos puntos de la base de la lengua, liberando una energía que se conoce como radiofrecuencia. Esto aumenta la temperatura de dicha zona hasta los 75-85 °C. El resultado que se persigue es una fibrosis, es decir una cicatriz, que provoque una mayor rigidez de la zona tratada y, en consecuencia, una disminución del volumen del tejido lingual para aumentar el espacio de detrás de la lengua.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que pueden irradiarse hacia los oídos y que pueden prolongarse durante 10 o 15 días.

Al principio, la alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización de la zona.

Las primeras 48-72 horas conviene que duerma con la cabeza elevada unos 30°.

Durante los primeros días, puede percibirse mal aliento.

Cabe la posibilidad de que, con posterioridad a este procedimiento quirúrgico deban realizarse otros, complementarios, o incluso a otros distintos niveles, como la nariz, la laringe, etc.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, y si no se han puesto en marcha otras medidas sobre las que su especialista le aconsejará, no puede esperarse una franca mejoría de su ronquido y las consecuencias que éste conlleva. Tampoco puede esperarse una mejoría de las apneas del sueño, si es que las padece, y sus consecuencias negativas, si bien existen otras alternativas terapéuticas de las que será ampliamente informado.

En el caso del ronquido, existe la hipótesis de que éste puede evolucionar hasta la apnea obstructiva del sueño. Por ello, el tratamiento del ronquido podría prevenir la posible aparición de dicha enfermedad.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: La eliminación del ronquido se consigue en un 80% de los casos correctamente seleccionados, pero estos resultados disminuyen hasta un 60% de los casos, después de un año de la cirugía. En relación a las apneas nocturnas, el porcentaje de buenos resultados se sitúa alrededor del 50% de los casos.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: El tratamiento de la roncopatía y/o de las apneas —las paradas respiratorias— durante el sueño debe ser global e individualizado. La indicación de esta cirugía y la asociación con otras medidas depende de un estudio completo de cada caso. La cirugía puede ser el único tratamiento propuesto para resolver este problema o formar parte de una estrategia terapéutica combinada con otros procedimientos. En muchos casos, la pérdida de peso, la disminución del consumo de alcohol y/o de tabaco y la reducción de determinados fármacos mejora tanto la roncopatía como la apnea del sueño. Por otra parte, la llamada nCPAP es una mascarilla de ventilación a presión positiva que debe utilizarse durante toda la noche y que elimina tanto el ronquido como la apnea. Existen, además, otros procedimientos, como las prótesis de avance mandibular, otros tipos de cirugía y tratamientos médicos, o incluso posturales, que su médico le explicará.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La complicación más común es la hemorragia postoperatoria. Lo habitual es que, si acontece, lo haga de forma inmediata, aunque excepcionalmente puede aparecer durante la primera semana tras la intervención. Pocas veces requiere una nueva intervención quirúrgica y, excepcionalmente, una transfusión de sangre.

Es frecuente la aparición, en el postoperatorio, de las denominadas parestesias faríngeas o sensaciones de cuerpo extraño en la garganta, como sensación de moco pegado o sequedad de garganta que suelen evolucionar hacia la desaparición con el tiempo.

De la misma manera, pueden aparecer alteraciones del gusto, que también desaparecen un tiempo después. En algunos casos, puede aparecer un tortícolis, generalmente pasajero, y tos persistente durante unos días.

En ocasiones pueden producirse úlceras en la parte posterior de la lengua que incrementan el dolor habitual y que pueden tardar en cicatrizar unas semanas. Es poco frecuente, pero puede darse el caso de que se lesione, durante el acto quirúrgico, el nervio hipogloso que es el que da motilidad a la lengua provocando, habitualmente con carácter temporal, una cierta dificultad en el movimiento de la lengua.

Las pequeñas lesiones de los dientes o de los labios provocadas por el instrumental utilizado son poco frecuentes.

También ocasionalmente puede producirse una infección de carácter local que puede requerir un tratamiento adecuado con medicamentos o, incluso, la realización de una nueva intervención quirúrgica.

Excepcionalmente, puede producirse una inflamación de la parte posterior de la lengua que comprometa el paso de aire a través de la garganta. En estos casos, así como en pacientes con características de riesgo, como la obesidad mórbida y la presencia de un elevado número de apneas, puede precisarse una traqueotomía temporal durante el postoperatorio.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y ap	oellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, el **TRATAMIENTO DELVELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA**, 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 llamada roncopatía crónica —el ronquido— y la apnea obstructiva del sueño —situación en la que los movimientos respiratorios quedan temporalmente detenidos— se deben, entre otros motivos, a alteraciones variables en el tamaño y la forma de muy diferentes zonas de la nariz y de la garganta.

Para su corrección se utilizan diferentes técnicas en cuya elección será ayudado por su especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

El tratamiento mediante radiofrecuencia del velo del paladar se suele realizar mediante anestesia local, si bien pueden utilizarse, además, técnicas de analgesia o sedación. La intervención se realiza en régimen ambulatorio, es decir, sin ingreso hospitalario. La técnica consiste en la introducción de un electrodo en diversos puntos de la porción blanda del paladar, liberando una energía que se conoce como radiofrecuencia. Ello aumenta la temperatura de dicha zona hasta los 75-85 °C. El resultado que se persigue es una fibrosis, es decir una cicatriz, que provoque una mayor rigidez de la zona tratada y una disminución del volumen del tejido del paladar, para aumentar el espacio de detrás del mismo.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que pueden irradiarse hacia los oídos, y que pueden prolongarse de 10 a 15 días.

Durante estos primeros días cabe la posibilidad de que aparezca un aumento del ronquido como consecuencia de la inflamación de la zona tratada. Se trata de una situación pasajera que desaparecerá tras unos días de evolución.

Al principio, la alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización.

Las primeras 48-72 horas conviene que duerma con la cabeza elevada unos 30°.

Durante estos primeros días, puede percibirse mal aliento. Es posible que aparezcan pequeñas zonas blanquecinas en el paladar que corresponden a los puntos de introducción del instrumento de radiofrecuencia.

Cabe la posibilidad de que, con posterioridad a este procedimiento quirúrgico, deban realizarse otros, complementarios, incluso a otros distintos niveles, como la nariz, la laringe, etc.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, y si no se han puesto en marcha otras medidas sobre las que su especialista le aconsejará, no puede esperarse una franca mejoría de su ronquido y las consecuencias que éste conlleva. Tampoco puede esperarse una mejoría de las apneas del sueño, si es que las padece, y sus consecuencias negativas, si bien existen otras alternativas terapéuticas de las que será ampliamente informado.

En el caso del ronquido, existe la hipótesis de que éste puede evolucionar hasta la apnea obstructiva del sueño. Por ello, el tratamiento del ronquido podría prevenir la posible aparición de dicha enfermedad.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: La eliminación del ronquido se consigue en un 80% de los casos correctamente seleccionados, pero estos resultados disminuyen hasta un 60% de los casos después de un año de la cirugía. En relación a las apneas nocturnas, el porcentaje de buenos resultados se sitúa alrededor del 50% de los casos.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: El tratamiento de la roncopatía y/o de las apneas –las paradas respiratorias— durante el sueño debe ser global e individualizado. La indicación de esta cirugía y la asociación con otras medidas depende de un estudio completo de cada caso. La cirugía puede ser el único tratamiento propuesto para resolver este problema o formar parte de una estrategia terapéutica combinada con otros procedimientos. En muchos casos, la pérdida de peso, la disminución del consumo de alcohol y/o de tabaco y la reducción de determinados fármacos mejora, tanto la roncopatía, como la apnea del sueño. Por otra parte, la llamada nCPAP es una mascarilla de ventilación a presión positiva que debe utilizarse durante toda la noche y que elimina el ronquido y la apnea. Existen, además, otros procedimientos, como las prótesis de avance mandibular, otros tipos de cirugía y tratamientos médicos, o incluso posturales, que su médico le explicará.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La complicación más común es la hemorragia postoperatoria que puede aparecer en un 2% de los casos. Lo habitual es que, si acontece, lo haga de forma inmediata, aunque excepcionalmente puede aparecer durante la primera semana tras la intervención. Pocas veces requiere una nueva intervención quirúrgica y, excepcionalmente, una transfusión de sangre.

Dado que la técnica utiliza electrodos que liberan energía calórica, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir.

En algunos casos, puede aparecer un tortícolis, generalmente pasajero, y tos persistente, a lo largo de unos días.

Las pequeñas lesiones de los dientes o de los labios provocadas por el instrumental utilizado son poco frecuentes.

Es frecuente la aparición, en el postoperatorio, de las denominadas parestesias faríngeas o sensaciones de cuerpo extraño en la garganta, como sensación de moco pegado o sequedad de garganta que suelen desaparecer con el tiempo. De la misma manera, pueden existir alteraciones del gusto, que también desaparecen un tiempo después.

Ocasionalmente, puede producirse una infección de carácter local que puede requerir un tratamiento adecuado con medicamentos.

Excepcionalmente, puede producirse, de manera transitoria, un cierto grado de reflujo a través de la nariz de los líquidos deglutidos.

También excepcionalmente, y de forma transitoria, pueden producirse cambios en la tonalidad de la voz como, por ejemplo, una voz más nasal o más profunda, dificultades en la pronunciación de ciertas letras, como por ejemplo la «g», entre otras, así como la posibilidad de que se produzca un estrechamiento permanente de la zona del paladar con dificultades para la respiración nasal y para sonarse.

También es excepcional la aparición de una inflamación que comprometa el paso de aire a través de la garganta. En estos casos, así como en pacientes con características de riesgo, como la obesidad mórbida y la presencia de un elevado número de apneas, puede precisarse una traqueotomía temporal durante el postoperatorio.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.^ay en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en calidad dey en

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UVULOPALATOFARINGOPLASTIA (UPFP)

Nombre y apellidos	
	. Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la **UVULOPALATOFARINGO- PLASTIA (UPFP)**, 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 llamada roncopatía crónica —el ronquido— y la apnea obstructiva del sueño —situación en la que los movimientos respiratorios quedan temporalmente detenidos— se deben, entre otros motivos, a alteraciones variables en el tamaño y la forma de muy diferentes zonas de la nariz y de la garganta.

Para su corrección se utilizan diferentes técnicas en cuya elección será ayudado por su especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

En los casos en los que estos síntomas aparecen como consecuencia de peculiaridades a nivel del paladar blando, la úvula o campanilla, las amígdalas y la faringe, esta técnica, denominada uvulopalatofaringoplastia, modifica el tamaño y la forma de las mencionadas estructuras con el propósito de corregir o mejorar la roncopatía o las apneas.

Esta intervención se lleva a cabo mediante anestesia general.

Se realiza a través de la boca, con técnicas de cirugía convencional, aunque algunos cirujanos prefieren las técnicas de láser o radiofrecuencia, que pretenden el mismo objetivo.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas e irradiarse hacia los oídos, y que pueden prolongarse de 10 a 15 días, debiendo, por ello, administrarse calmantes. Dichas molestias pueden dificultar la deglución por lo que puede ser normal la pérdida de una cierta cantidad de peso corporal, mientras dure el dolor. Durante los primeros días, puede observarse la salida por la nariz de una pequeña cantidad de los líquidos deglutidos. Ello se considera normal y no debe preocuparle ya que este fenómeno suele ser pasajero. Tras la intervención, puede haber un incremento del ronquido debido a la inflamación del paladar que, asimismo, es pasajero.

Al principio, la alimentación consistirá sólo en alimentos líquidos y, posteriormente, la alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización.

Durante los primeros días, puede percibirse mal aliento y puede observarse la existencia de unas placas blancas en el paladar que corresponden a la cicatrización normal del proceso.

Puede notarse, durante las primeras horas, que la saliva está ligeramente teñida de sangre o, incluso, aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, y que están en relación con la sangre deglutida durante la inter-

vención. También puede ser normal el cambio de color de las heces, que aparecen oscuras, en los días inmediatos a la intervención, por el mismo motivo.

Durante las primeras 48-72 horas conviene que duerma con la cabeza elevada unos 30°.

La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de las molestias, la evolución, etc.

Cabe la posibilidad de que, con posterioridad a este procedimiento quirúrgico, deban realizarse otros, complementarios del mismo, a distintos niveles, como la nariz, la laringe, etc.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, y si no se han puesto en marcha otras medidas sobre las que su especialista le aconsejará, no puede esperarse una franca mejoría de su ronquido y las consecuencias que éste conlleva. Tampoco puede esperarse una mejoría de las apneas del sueño, si es que las padece, y sus consecuencias negativas, si bien existen otras alternativas terapéuticas de las que será ampliamente informado.

En el caso del ronquido, existe la hipótesis de que éste puede evolucionar hacia la apnea obstructiva del sueño. Por ello, el tratamiento del ronquido podría prevenir la posible aparición de dicha enfermedad.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: La eliminación del ronquido se consigue en un 80% de los casos correctamente seleccionados, pero estos resultados disminuyen hasta un 60% de los casos, después de un año de la cirugía. En relación a las apneas nocturnas, el porcentaje de buenos resultados se sitúa alrededor del 50% de los casos.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: El tratamiento de la roncopatia y/o de las apneas –las paradas respiratorias— durante el sueño debe ser global e individualizado. La indicación de esta cirugía y la asociación con otras medidas depende de un estudio completo de cada caso. La cirugía puede ser el único tratamiento propuesto para resolver este problema o formar parte de una estrategia terapéutica combinada con otros procedimientos. En muchos casos, la pérdida de peso, la disminución en el consumo de alcohol y/o de tabaco y la reducción de determinados fármacos mejora, tanto la roncopatía, como la apnea del sueño. Por otra parte, la llamada nCPAP es una mascarilla de ventilación a presión positiva que debe utilizarse durante toda la noche y que elimina tanto el ronquido como la apnea. Existen, además, otros procedimientos, como las prótesis de avance mandibular, otros tipos de cirugía y tratamientos médicos, o incluso posturales, que su médico le explicará.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La complicación más común es la hemorragia postoperatoria que aparece en un 2% de los casos. Lo habitual es que, si acontece, lo haga de forma inmediata, aunque excepcionalmente puede aparecer durante la primera semana tras la intervención. Pocas veces requiere una nueva intervención quirúrgica y, excepcionalmente, una transfusión de sangre.

Ya hemos señalado que, en un 25% de casos, puede producirse, de manera transitoria, un cierto grado de reflujo de los líquidos deglutidos a través de la nariz. Excepcionalmente, este fenómeno puede producirse de forma permanente. En un 10% de los casos, y también de forma transitoria, pueden producirse cambios en la tonalidad de la voz como, por ejemplo, una voz más nasal o más profunda, o dificultades en la pronunciación de ciertas letras, como por ejemplo la «g», entre otras.

Es frecuente la aparición, en el postoperatorio, de las denominadas parestesias faríngeas o sensaciones de cuerpo extraño en la garganta, como sensación de moco pegado o sequedad de garganta que

suelen desaparecer con el tiempo. De la misma manera, pueden aparecer alteraciones del gusto, que también desaparecen un tiempo después.

En algunos casos, puede aparecer un tortícolis, generalmente pasajero, y tos persistente, durante unos días.

La aparición de una estrechez en la llamada rinofaringe —la zona de detrás de la nariz— con dificultad respiratoria nasal o imposibilidad de sonarse, es excepcional.

Las pequeñas lesiones de los dientes o de los labios provocadas por el instrumental utilizado son poco frecuentes.

La infección local y la dificultad respiratoria, debidas a la inflamación postoperatoria son, asimismo, excepcionales.

Muy raramente y únicamente en pacientes de riesgo, como los afectados de obesidad mórbida y con un elevado número de apneas, puede precisarse una traqueotomía temporal durante el período postoperatorio.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

LARINGE

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CORDECTOMÍA DEL LADO

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
-	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CORDECTOMÍA**, 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 cordectomía consiste en la extirpación de una cuerda vocal. Se efectúa bajo anestesia general, mediante una vía de abordaje que denominamos laringofisura, haciendo una pequeña incisión en la parte media del cuello y abriendo la laringe por su línea media, mediante una técnica que denominamos tirotomía media. Esta técnica lleva asociada, generalmente, una traqueotomía provisional –comunicación de la tráquea con el exterior, mediante un orificio que se practica en el cuello—.

En las primeras horas, tras la intervención, el paciente notará molestias al tragar y, si se ha realizado una traqueotomía, el paciente utilizará una cánula traqueal a través de la que respira, tose y se le aspiran las secreciones. Mientras dicho orificio, denominado traqueostoma, esté abierto, tendrá que tapárselo para poder hablar.

En ocasiones se colocará una sonda nasogástrica para alimentación e hidratación, en un corto intervalo de tiempo.

El período de cicatrización, en las técnicas abiertas, dura aproximadamente 7 días, cerrándose el traqueostoma hacia el tercer o cuarto día, si la respiración por vías naturales se mantiene con normalidad.

Una vez dado de alta, acudirá a las consultas externas para las revisiones o curas que sean necesarias.

• CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA QUE LA INTERVENCIÓN ORIGINA CON SEGURIDAD: Tras la intervención y, como secuela, quedará una disfonía —esto es, una ronguera— de intensidad variable, en función del tipo de exéresis realizada.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la no extirpación de la lesión, en la mayor parte de los casos una tumoración maligna, ocasionará la muerte del paciente por extensión de la enfermedad de forma local, regional o a distancia (metástasis), en un período de tiempo variable que dependerá de cada caso.

• BENEFICIOS ESPERABLES: Curación de la enfermedad tumoral.

Cordectomía Laringe

• **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: El tratamiento radioterápico o quimioterápico. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Aunque no es frecuente, en el transcurso de los primeros días, pueden aparecer hemorragias que obliguen, incluso, a reintervenir al paciente.

También, cabe la posibilidad de una infección de la herida quirúrgica o del aparato respiratorio. Puede producirse un enfisema –aparición de pequeñas burbujas de aire– en la región cérvico-mediastínica.

Puede aparecer disnea, es decir, dificultad respiratoria; un edema de la laringe, es decir, inflamación e, incluso, la imposibilidad de retirar la cánula de traqueotomía, si ésta se ha realizado, de tal manera que el paciente deba respirar permanentemente a través de dicha cánula.

Puede producirse una estrechez de la laringe –que llamamos estenosis laríngea– o la aparición de una sinequia –aparición de bridas cicatriciales– en la laringe. Pueden aparecer falsas rutas en la deglución –atragantamientos–. Excepcionalmente, puede aparecer una pericondritis –inflamación de los cartílagos de la laringe–. Es posible que quede una cicatriz poco estética o dolorosa, la pérdida, fractura o movilización de piezas dentarias y dolor cervical.

Es posible que aparezca, por el estrés, una úlcera gastroduodenal y una depresión.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

Laringe Cordectomía

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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	y en calidad deDNI
es consciente de que el paciente cuyos date	os figuran en el encabezamiento no es competente para decidir
en este momento, por lo que asume la res	sponsabilidad 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CORDECTOMÍA DEL LADO UTILIZANDO LÁSER DE CO, A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA

Nombre y apellidos		
EdadDNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico del proceso	Fecha	
Médico informante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CORDECTOMÍA UTILIZANDO LÁSER DE CO₂ A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DI- RECTA**, 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 cordectomía consiste en la extirpación parcial o total de una cuerda vocal. Se efectúa bajo anestesia general. La vía de abordaje es la boca del paciente, mediante la introducción de un tubo, llamado laringoscopio. Excepcionalmente, esta técnica requiere la realización de una traqueotomía provisional (comunicación de la tráquea —el tubo por el que respiramos— con el exterior, mediante un orificio que se practica en el cuello).

En ocasiones se colocará una sonda nasogástrica para alimentación-hidratación, en un corto intervalo de tiempo.

En las primeras horas tras la intervención, el paciente notará molestias al tragar y, si excepcionalmente se ha realizado una traqueotomía, el paciente utilizará una cánula traqueal a través de la que respira, tose y se le aspiran las secreciones. Mientras dicho orificio, denominado traqueostoma, esté abierto, el paciente tendrá que tapárselo para poder hablar.

El período de cicatrización dura, aproximadamente, 7 días, cerrándose el traqueostoma (orificio de comunicación de la tráquea a nivel del cuello), si se ha realizado, hacia el tercer o cuarto día, si la respiración bucal se mantiene con normalidad.

No obstante, en la mayor parte de las ocasiones, la cordectomía realizada con láser de CO_2 , no precisa la realización de una traqueotomía y sólo requiere un corto ingreso, si no surgen complicaciones.

Una vez dado de alta, acudirá a las consultas externas para las revisiones o curas que sean necesarias.

• CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA QUE LA INTERVENCIÓN ORIGINA CON SEGURIDAD: Tras la intervención y, como secuela, quedará una disfonía de intensidad variable –esto es, una ronquera–, en función del tipo de exéresis realizada.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la no extirpación de la lesión, en algunos casos una tumoración maligna, puede ocasionar la muerte del paciente, por extensión de la enfermedad

a nivel local, regional o, incluso, a distancia (metástasis), a lo largo de un período de tiempo variable que dependerá de cada caso.

En otros casos, la intervención puede tener otros objetivos, como la mejoría de la respiración, cuando existe una parálisis de las cuerdas vocales. En este último caso, la no realización de la intervención supondrá la persistencia de la dificultad respiratoria.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Curación de la enfermedad.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La cordectomía es una técnica que se utiliza para fines diversos. En el caso de los procesos malignos, el tratamiento radioterápico o quimioterápico es una alternativa válida. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.

En el caso de parálisis de las cuerdas vocales, procedimientos como la aritenoidopexia, que es otro tipo de intervención, o la traqueotomía, son alternativas frecuentemente utilizadas.

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Aunque no es frecuente, en el transcurso de los primeros días pueden aparecer hemorragias que obliguen, incluso, a reintervenir al paciente. También cabe la posibilidad de una infección de la herida quirúrgica o del aparato respiratorio.

Puede aparecer una disnea, es decir, dificultad respiratoria; un edema de la laringe, es decir, inflamación; e, incluso, la imposibilidad de retirar la cánula de traqueotomía, si ésta se ha realizado excepcionalmente.

Puede producirse una estrechez de la laringe –que llamamos estenosis laríngea– o la aparición de una sinequia –una cicatriz– en la laringe.

Pueden aparecer falsas vías en la deglución –atragantamientos– que podrían producir complicaciones pulmonares.

Excepcionalmente, puede aparecer una pericondritis -inflamación de los cartílagos de la laringe-.

La introducción del laringoscopio puede justificar la fractura, la movilización o, incluso, la pérdida de piezas dentarias.

Durante unos días, es posible que el paciente sufra dolor al tragar, o dolor cervical.

Es posible que aparezca, por el estrés, una úlcera gastroduodenal o una depresión.

El láser puede producir quemaduras en la cara y boca o, excepcionalmente, explosión de los gases respiratorios.

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, el número y la gravedad de las enfermedades padecidas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGOSCOPIA DIRECTA E INYECCIÓN INTRACORDAL

Nombre y ap	ellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico inforr	nante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **LARINGOSCOPIA DIRECTA E INYECCIÓN INTRACORDAL**, 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 abordaje de la laringe en la que ésta se visualiza 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 terapéutico de la parálisis de una cuerda vocal en el que se pueden inyectar diferentes sustancias que desplacen la cuerda vocal hasta la línea media, en aquellos casos en los que la cuerda vocal se encuentra paralizada en una posición tal que dificulta el normal funcionamiento de la laringe, y no ha podido ser tratada mediante una adecuada reeducación de dicho órgano.

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**, la parálisis de la cuerda vocal, tras un período de aproximadamente un año y la oportuna reeducación de este órgano, no se resolverá espontáneamente. Ello justificará la persistencia de los síntomas producidos por la parálisis de la cuerda, como trastornos en la fonación, atragantamientos, etc.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría de las funciones más importantes de la laringe.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: La aducción aritenoidea, técnica quirúrgica en la que el aritenoides —cartílago en el que se encuentra insertada la cuerda vocal— es desplazado hacia la línea media; la tiroplastia de medialización, técnica quirúrgica que tiene como finalidad la medialización —el desplazamiento hasta la línea media— de la cuerda vocal, mediante la introducción de un implante a través de una vía de abordaje externa; y la anastomosis, conjunto de técnicas quirúrgicas en las que se sutura el nervio paralizado a otro que esté activo.

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La persistencia o agravamiento de la disfonía —es decir, alteraciones de la voz— que, incluso, se puede producir un tiempo después por el crecimiento, en la cuerda vocal tratada, de lo que se conoce como un granuloma —pequeña formación de naturaleza inflamatoria—, lo que requeriría una intervención posterior.

Puede aparecer, también, disfagia y odinofagia -dificultades y dolor al tragar-.

Es posible que aparezcan estenosis laríngeas o sinequias –bridas que puedan aparecer entre las dos cuerdas vocales–.

También pueden producirse fracturas y/o movilización anormal o incluso fractura, pérdida o movilización de piezas dentarias, heridas en labios y boca, dolor cervical, trismo –dificultad para abrir la boca– y lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula.

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

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico
Tittia dei paciente	Tillia del filedice

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRALARÍNGEA DETOXINA BOTULÍNICA

Nombre y apellidos	
Edad DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la denominada **INYECCIÓN INTRALA- RÍNGEA DE TOXINA BOTULÍNICA**, 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 inyección intralaríngea de toxina botulínica es una forma de tratamiento de las llamadas disfonías espasmódicas, en las que la voz se altera como consecuencia de un trastorno en la inervación de los músculos de la laringe.

En ocasiones, esta situación es sólo un síntoma de una afección más extensa y compleja que llamaremos distonía –trastorno en la capacidad de contracción de los músculos–.

Para tratar esta situación se realiza una inyección, en los músculos del interior de la laringe, de una sustancia denominada toxina botulínica, llamada así por proceder de un microbio llamado *Botulinum*. La cantidad inyectada debe ser decidida por su médico. En general, la inyección de esta sustancia es inocua a la dosis utilizada habitualmente.

No obstante, pueden aparecer trastornos en el electromiograma –estudio de la actividad contráctil de los músculos—.

La inyección de la toxina botulínica se realiza mediante técnicas muy variables según circunstancias diversas: en la porción anterior del cuello o a través de la boca, y puede realizarse bajo anestesia local, con sedación y un analgésico, o bajo anestesia general, si bien esta última es menos frecuente.

En el caso de que se realice a través de la piel del cuello, bajo sedación y analgesia, el paciente no debe toser o tragar durante la intervención quirúrgica. En el caso de pacientes especialmente sensibles puede requerirse la inyección de un anestésico local.

La inyección con toxina botulínica no es un tratamiento definitivo, sino sólo un tratamiento sintomático y temporal de estos trastornos de la voz.

Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias al tragar que desaparecen rápidamente.

El paciente puede quedar ingresado, en el hospital, unas horas, si la técnica se realiza mediante cirugía sin ingreso o, en ocasiones, hasta el día siguiente.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán los síntomas laríngeos que la hubieran podido justificar.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de los trastornos de la voz, si bien ésta es sólo temporal.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: Existen otros tratamientos para tratar la distonía. En lo relativo a la laringe, los mejores resultados se consiguen con esta técnica.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Persistencia de la disfonía —es decir, de las alteraciones de la voz— aun tras la inyección de toxina botulínica o, en otros casos, la aparición de otras formas de ronquera diferentes.

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, disnea –sensación de falta de aire– que incluso pueda requerir la realización de una traqueotomía –apertura de la tráquea a nivel del cuello–.

Cabe la posibilidad de que se produzcan reacciones alérgicas frente a la toxina botulínica que, generalmente, son poco intensas.

Si la intervención se realiza a través de la boca podrían producirse heridas en labios y boca, fractura y/o movilización anormal o incluso pérdida de piezas dentarias, dolor cervical, trismo –dificultad para abrir la boca–, lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general, si se ha realizado: 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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
Este procedimiento no debe ser realizado en mujeres embarazadas o durante la lactancia. Además, los
pacientes con otras enfermedades neurológicas, como miastenia grave, enfermedad de Eaton-Lambert
u otras, deben ser valorados cuidadosamente. La utilización simultánea de aminoglucósidos está con-
traindicada.

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente **■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

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

Firma del médico

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍA PARCIAL

Nombre y ap	ellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **LARINGECTOMÍA PARCIAL**, 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 laringectomía parcial a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación de una parte de la laringe y, en ocasiones, de las estructuras adyacentes, afectadas por una lesión maligna.

La intervención se efectúa bajo anestesia general.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la región anterior del cuello. No obstante, puede asociarse a un vaciamiento cervical –que es la extirpación de los ganglios de la región del cuello—, en uno o en ambos lados. Si se asocia a un vaciamiento, la incisión puede extenderse desde el pabellón auricular de un lado hasta la parte inferior del cuello, en el caso del vaciamiento unilateral, o desde el pabellón auricular de un lado hasta el del lado opuesto, pasando por la parte superior del esternón, en el caso del vaciamiento bilateral.

En el mismo acto quirúrgico se realiza una traqueotomía o apertura de un orificio que comunica directamente la tráquea —es decir, el conducto del aparato respiratorio— con el exterior y que se mantiene abierto mediante una cánula, facilitando así la respiración.

También se puede colocar una sonda de alimentación.

Tanto la cánula como la sonda de alimentación son provisionales hasta que el paciente puede respirar y alimentarse sin problemas. La traqueotomía se mantendrá, si es necesario, durante el tratamiento posterior con radioterapia, o si la cicatrización de la zona intervenida no hace posible su retirada.

A criterio del cirujano, se pueden colocar unos tubos de drenaje para facilitar la salida de la sangre y la cicatrización de la herida. Estos drenajes se retiran, habitualmente, en 2 o 3 días.

Generalmente, el primero o los primeros días tras la intervención el paciente permanecerá ingresado en la UCI para su mejor control. Después, será trasladado a la planta para continuar la recuperación.

La cicatrización dura un período de tiempo variable, durante el cual el paciente permanecerá ingresado. Posteriormente será controlado, generalmente en las consultas externas, en donde se le practicarán las revisiones y cuidados necesarios.

En algunos casos será necesario complementar el tratamiento quirúrgico con radioterapia y/o quimioterapia.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la evolución del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, ocasionará la muerte del paciente por extensión local, regional o a distancia –lo que conocemos como metástasis—. Esta extensión provocará problemas para la deglución, la respiración, infecciones y hemorragias.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Curación de la enfermedad con el mantenimiento de las funciones más importantes de la laringe.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Pueden ser la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede producirse una hemorragia que pueda requerir una nueva intervención, una transfusión e, incluso, causar complicaciones cardiovasculares.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 en la espalda del paciente.

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

Puede producirse acumulación de moco seco, lo que se denomina tapones mucosos, en la cánula de traqueotomía, la tráquea o los bronquios, lo que podría determinar una disnea –dificultad respiratoria–.

Puede producirse un edema, es decir una inflamación de la laringe, una estrechez de la laringe –que llamamos estenosis laríngea—, o la aparición de una sinequia –bridas cicatriciales— en la laringe. Estas circunstancias podrían justificar, incluso, la imposibilidad de retirar la cánula de traqueotomía. Pueden, asimismo, aparecer disfagia –dificultades para tragar— y falsas rutas en la deglución –atragantamientos—, generalmente temporales, pero que pueden quedar como secuela.

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

Pueden producirse fístulas faríngeas –comunicaciones de la garganta con el exterior del cuello– que puedan requerir una reintervención.

Puede aparecer un enfisema cervical o mediastínico –pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax–.

Es posible que aparezca, por el estrés, una úlcera gastroduodenal y una depresión.

Cabe la posibilidad de una recidiva –reaparición– de la enfermedad, temprana o tardíamente.

Puede quedar, como secuela, una cicatriz poco estética o dolorosa.

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 gene-
ral, 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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓNY AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍA PARCIAL UTILIZANDO LÁSER DE CO₂ A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA

Nombre y ap	ellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico inforr	nante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **LARINGECTOMÍA PARCIAL UTILIZANDO LÁSER DE CO₂ A TRAVÉS DE LARINGOS-COPIA DIRECTA**, 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 laringectomía parcial a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación de una parte de la laringe y, a veces, de las estructuras adyacentes, que están afectadas por una lesión maligna, a través de la boca del paciente, mediante la introducción de un tubo llamado laringoscopio, la utilización de un láser CO₂, y bajo anestesia general.

En ocasiones, esta técnica requiere la realización de una traqueotomía provisional –comunicación de la tráquea con el exterior mediante un orificio que se practica en el cuello—y que se mantiene abierto mediante una cánula, facilitando así la respiración. También se puede colocar una sonda de alimentación.

Tanto la cánula como la sonda de alimentación son provisionales, hasta que el paciente pueda respirar y alimentarse normalmente. La traqueotomía se mantendrá, si es necesario, durante el tratamiento posterior con radioterapia o si la cicatrización de la zona intervenida no hace posible su retirada.

Si se ha realizado una traqueotomía, es necesario instilar fluidificantes a través del orificio traqueal y aspirar las secreciones.

La cicatrización dura entre 10 y 20 días. No obstante, a juicio de su médico, el paciente puede abandonar el hospital mucho antes.

Posteriormente será controlado, generalmente en las consultas externas, donde se le practicarán las revisiones y cuidados necesarios.

Tras la intervención y, como secuela, puede quedar una disfonía -esto es, una ronquera-.

En algunos casos, será necesario complementar el tratamiento quirúrgico con radioterapia y/o quimioterapia.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la evolución del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, ocasionará la muerte del paciente por extensión local, regional o a distancia —lo que conocemos como metástasis—. Esta extensión provocará problemas para la deglución, asfixia, infecciones y hemorragias.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Curación de la enfermedad, con el mantenimiento de las funciones más importantes de la laringe.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Pueden ser la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede producirse una hemorragia que pueda requerir una nueva intervención, una transfusión e, incluso, producir complicaciones cardiovasculares.

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

También pueden producirse acúmulos de moco seco, lo que se denomina tapones mucosos, en la cánula de traqueotomía, si es que ésta se ha realizado, en la tráquea o los bronquios, lo que podría determinar una disnea —dificultad respiratoria—.

Puede producirse un edema, es decir una inflamación, de la laringe, una estrechez de la laringe –que llamamos estenosis laríngea–, o la aparición de una sinequia –bridas cicatriciales– en la laringe. Estas circunstancias podrían determinar la aparición de una dificultad respiratoria que requeriría la prescripción de un tratamiento médico, la realización de una traqueotomía, si es que ésta no se hubiera realizado previamente, e incluso, la imposibilidad de retirar la cánula de la traqueotomía, si es que ésta existiera.

Asimismo, pueden aparecer disfagia –dificultades para tragar– y falsas rutas en la deglución –atragantamientos–, generalmente temporales, pero que pueden quedar como secuela.

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

Puede aparecer un enfisema cervical o mediastínico –pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax–.

Es posible que aparezca, por el estrés, una úlcera gastroduodenal y una depresión.

Cabe la posibilidad de una recidiva -reaparición- de la enfermedad, temprana o tardíamente.

Puede quedar, como secuela, una cicatriz antiestética o dolorosa.

El láser puede producir quemaduras en la cara y boca o, excepcionalmente, quemaduras en la vía aérea tras la combustión de los tubos de intubación o la rotura de manguitos protectores. Puede producirse, asimismo, la ignición del oxígeno y gases anestésicos.

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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico
--------------------	------------------

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍA TOTAL

Nombre y ap	pellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **LARINGECTOMÍA TOTAL**, 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 laringectomía total a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la exéresis de la totalidad de la laringe. Se efectúa bajo anestesia general y consiste en extirpar la laringe y, a veces, parte o la totalidad de las estructuras adyacentes –tráquea, base de la lengua, tiroides, faringe, esófago, musculatura cervical, etc.–, que puedan estar afectadas por una lesión maligna.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la región anterior del cuello. No obstante, suele asociarse a un vaciamiento cervical —que es la extirpación de los ganglios del cuello—, generalmente en ambos lados. Si se asocia a un vaciamiento, la incisión puede extenderse desde el pabellón auricular de un lado hasta la parte inferior del cuello y, desde allí, hasta el pabellón auricular del lado opuesto.

Al extirpar la laringe, para que el paciente pueda seguir respirando es necesario abocar la tráquea al exterior, de forma permanente. Se puede apreciar, entonces, un orificio, en la región anterior del cuello, que se denomina traqueostoma y que debe mantenerse abierto mediante la inserción y utilización permanente de una cánula. Durante los primeros días, suele ser necesario instilar fluidificantes a través del orificio traqueal y aspirar las secreciones.

También se coloca una sonda de alimentación, que se mantendrá hasta la cicatrización de la garganta, comenzando entonces la alimentación a través de la boca. A criterio del cirujano, se pueden colocar unos tubos de drenaje en la zona del cuello, para facilitar la salida de las secreciones y la cicatrización de la herida. Estos drenajes se retiran, generalmente, en unos días.

El primero o los primeros días tras la intervención, el paciente permanecerá ingresado en la UCI para su mejor control. Después, el paciente pasará a la planta de hospitalización para continuar la recuperación.

Si no aparece ninguna complicación, la cicatrización dura entre 10 y 12 días, durante los cuales el paciente permanecerá ingresado.

Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio, donde se le practicarán las revisiones y cuidados necesarios.

En algunos casos, será necesario complementar el tratamiento quirúrgico con radioterapia o quimioterapia.

Laringe Laringectomía total

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA QUE LA INTERVENCIÓN
 ORIGINA CON SEGURIDAD: Esta cirugía implica la pérdida definitiva de la voz laríngea. No obstante, mediante el aprendizaje de la llamada voz erigmofónica, con la llamada fístula fonatoria, el empleo de una prótesis que une la tráquea con la faringe, o mediante el llamado laringófono, podrá hablar de nuevo. En este sentido, su médico le aconsejará lo que pueda ser más conveniente para su caso.

La extirpación de la laringe también implica que la tráquea —el tubo por el que pasa el aire en el aparato respiratorio— se aboque al exterior, de tal manera que el paciente respirará a través de un orificio visible en la región anterior del cuello. Para que éste se mantenga permeable, es necesaria la utilización de una cánula de distintos materiales y diseños. Por otra parte, al estar comunicado permanentemente el aparato respiratorio con el exterior, no se puede retener el aire en los pulmones, por lo que el paciente puede sufrir una disminución de la fuerza para levantar pesos, y dificultades para realizar determinados esfuerzos, como la defecación, el parto, etc. Asimismo, el mecanismo de la tos, la olfacción y el estornudo están alterados.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la evolución del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, ocasionará la muerte del paciente por extensión local, regional o a distancia —lo que conocemos como metástasis—. Esta extensión provocará problemas para la deglución y la respiración, infecciones y hemorragias a diversos niveles.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Curación de la enfermedad.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Pueden ser la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Durante los primeros días, existe riesgo de hemorragia por compromiso de las venas y arterias del cuello que pueda requerir una transfusión, complicaciones cardiovasculares e, incluso, obligar a la reintervención quirúrgica del paciente.

Asimismo, pueden aparecer fístulas —comunicaciones del interior de la garganta con el cuello— por donde sale saliva y que retrasan la cicatrización y obligar, a veces, a una nueva intervención.

También, durante los primeros días, puede obstruirse la cánula de traqueostomía por secreciones, provocando dificultad respiratoria, que se resuelve mediante la instilación de fluidificantes a través del traqueostoma y la posterior aspiración de las secreciones.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 en la espalda del paciente.

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

Laringectomía total Laringe

Pueden aparecer disfagia -dificultades para tragar-.

Puede observarse la aparición de un enfisema cervical o mediastínico –pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax– y la necrosis –destrucción– de las partes blandas del cuello.

La cicatriz puede ser poco estética o dolorosa.

Como en todas las enfermedades tumorales puede producirse una recidiva –reaparición– de la enfermedad temprana o tardíamente. El estrés puede justificar la aparición de una úlcera gastroduodenal o una depresión.

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		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

Laringe Laringectomía total

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

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

Número de historia clínica
Fecha
N.° 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, como pólipos, nódulos, o tumores de cuerdas vocales, etc. En este último caso, la técnica quirúrgica se denomina microcirugía laríngea y, en ésta, cabe la posibilidad de que el cirujano decida la utilización del láser de CO_2 .

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–.

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

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

También puede producirse fractura y/o movilización anormal o incluso pérdida de piezas dentarias y heridas en labios y boca, trismo –dificultad para abrir la boca–, lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula.

El paciente puede sufrir, 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 intubación o una traqueotomía –apertura de la tráquea a nivel del cuello—.

Si se ha utilizado el láser de CO_2 , cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras en cara o boca e, incluso, la explosión de los gases anestésicos.

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		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TIROPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN

Nombre y apellidos		
	Número de historia clínica	
Diagnóstico del proceso	Fecha	
	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **TIRO- PLASTIA DE MEDIALIZACIÓN**, 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 tiroplastia de medialización a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la medialización —el desplazamiento hasta la línea media— de la cuerda vocal, mediante la introducción de un implante a través de una vía de abordaje externa.

Se efectúa bajo anestesia local y sedación anestésica –aunque puede realizarse bajo anestesia general— y consiste en realizar una pequeña ventana en el ala del llamado cartílago tiroides –el comúnmente conocido como nuez— para introducir un implante, que desplaza la cuerda vocal hasta la línea media, en aquellos casos en los que la cuerda vocal se encuentra paralizada en una posición tal que dificulta el normal funcionamiento de la laringe, y no ha podido ser tratada mediante una adecuada reeducación de dicho órgano.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la región lateral del cuello, en el lado paralizado, a través de la que el cirujano introducirá un implante, que puede ser de diversos tipos, materiales y formas. Tras la intervención, debe suturarse la incisión dejando colocado un drenaje durante uno o varios días.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la parálisis de la cuerda vocal, tras un período de aproximadamente un año y la oportuna reeducación de este órgano, no se resolverá espontáneamente. Ello justificará la persistencia de los síntomas producidos por la parálisis de la cuerda, como trastornos en la fonación, atragantamientos, etc.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de las funciones más importantes de la laringe.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La aducción aritenoidea, técnica quirúrgica en la que el aritenoides —cartílago en el que se encuentra insertada la cuerda vocal— es desplazado hacia la línea media; la inyección intracordal, técnica en la que se inyectan diversas sustancias a nivel de la cuerda vocal paralizada a fin de engrosarla y, en consecuencia, desplazarla hacia la línea media; y la anastomosis, conjunto de técnicas quirúrgicas en las que se sutura el nervio paralizado a otro que esté activo.

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una disnea –dificultad respiratoria– precoz, que puede requerir una nueva intervención o una traqueotomía –apertura de la tráquea a nivel del cuello—.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 en la espalda del paciente.

Es posible que persista la disfonía –alteraciones de la voz laríngea–, o que aparezca la infección de la herida quirúrgica, o una pericondritis –infección de los cartílagos de la laringe–.

Puede aparecer un enfisema cervical —pequeñas burbujas de aire en el cuello—, o un edema laríngeo —inflamación de la laringe— que puede precisar la realización de una traqueotomía.

Cabe la posibilidad de la movilización del implante colocado –que se puede producir hasta años después de la intervención–, y una cicatriz antiestética o dolorosa.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

PATOLOGÍA CERVICOFACIAL

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESOFAGOSCOPIA MEDIANTE ESOFAGOSCOPIO RÍGIDO

Nombre y apellidos	
Edad DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **ESOFAGOSCOPIA**, 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 esofagoscopia es una técnica de exploración del esófago —es decir, del tubo de la deglución— con fines diagnósticos o, generalmente, de tratamiento, ya que se emplea para extraer cuerpos extraños alojados en la mencionada estructura.

Consiste en la introducción, por la boca, de un tubo rígido que dispone de un sistema de iluminación, que nos permitirá explorar el trayecto esofágico y realizar diferentes tratamientos, como la extracción de cuerpos extraños.

Esta exploración se realiza bajo anestesia general, con el paciente ingresado y habiendo transcurrido varias horas tras la última ingesta de alimentos. Con ello se pretende evitar un posible vómito que pueda ocasionar el paso de los alimentos ingeridos previamente, a los pulmones.

Tras efectuar la esofagoscopia puede ser necesaria una hospitalización de varios días, según las lesiones observadas, manteniendo el tratamiento oportuno y los controles radiológicos necesarios.

Las molestias más frecuentes son el dolor cervical o el de la garganta, en el momento de la deglución.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, al no extraerse el cuerpo extraño, la deglución se verá muy seriamente comprometida. Existe, por el cuerpo extraño alojado en el esófago, un gran riesgo de perforación del mismo y de una mediastinitis –infección grave en el interior del tórax–. Si la intervención tiene fines diagnósticos, no podrá obtenerse la información necesaria.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La extracción del cuerpo extraño y los derivados de la exploración esofágica.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La esofagoscopia flexible es muy eficaz en la exploración del esófago, si bien es limitada para la extracción de cuerpos extraños en algunos casos.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En los casos de extracción de cuerpos extraños cortantes o punzantes, la complicación más importante es la perfo-

Esofagoscopia Patología cervicofacial

ración esofágica. A este respecto hay que considerar que el esófago puede estar perforado por el propio cuerpo extraño enclavado.

En las proximidades del esófago se encuentra un espacio, denominado mediastino, que aloja órganos vitales, como el corazón, los grandes vasos arteriales y venosos, etc. La perforación esofágica puede conllevar la entrada al mediastino de saliva, aire o sangre, y su posterior infección, dando lugar a una mediastinitis. Esta afección es sumamente grave y puede, incluso, suponer el fallecimiento del paciente.

Esta eventualidad es rara en un esófago normal, si bien en esófagos con enfermedades previas, como estenosis —estrecheces— posquirúrgicas, tumores, divertículos —eventraciones del esófago—, antecedente de ingestión de cáusticos —lejía, salfumán, etc.—, puede llegar a producirse con cierta frecuencia. En estos casos, el riesgo de la técnica aumenta considerablemente.

Cabe, también, la posibilidad de sufrir heridas a nivel de la boca o la garganta, lesiones a nivel dentario o mandibular y los derivados de la hiperextensión cervical, que es la postura en la que se coloca al paciente para la intervención.

Así, 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, si bien esta eventualidad es infrecuente.

Otras complicaciones que pueden aparecer son la disfagia –molestias al tragar que suelen ser pasajeras—, la disfonía –ronquera, que también suele ser pasajera—, hemoptisis o hematemesis –es decir, la aparición de sangre procedente del aparato digestivo o respiratorio—, la fístula traqueoesofágica —es decir, una comunicación entre el conducto de tragar y el de respirar, que tiene pronóstico grave—, y la estenosis esofágica —el estrechamiento del conducto del aparato digestivo—.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

Patología cervicofacial Esofagoscopia

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA EXTIRPACIÓN DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER UTILIZANDO LA VÍA ENDOSCÓPICA

Nombre y ape	ellidos		
, .		Número de historia clínica	
Diagnóstico d	del proceso	Fecha	
-	•	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada

EXTIRPACIÓN DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER UTILIZANDO LA VÍA ENDOSCÓ-

PICA, 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

El divertículo de Zenker es una hernia –pequeña bolsa– que se forma en la pared lateral de la hipofaringe, que es la porción más baja de la garganta.

Los divertículos de un cierto tamaño pueden comprometer la deglución de los alimentos y su paso hacia el estómago, por lo que su especialista valorará la necesidad de extirparlo.

Esta extirpación puede realizarse mediante dos tipos diferentes de técnicas: las que utilizan un abordaje endoscópico y las que emplean un abordaje externo.

La extirpación del divertículo de Zenker utilizando la vía endoscópica requiere la introducción de un tubo metálico articulado, especialmente diseñado, hasta la citada hernia, a través de la boca; por medio de dicho tubo se puede realizar la sección, utilizando láser o un aparato de sección y sutura automática, del tabique que separa el conducto de la deglución de la hernia o cavidad. La intervención se efectúa bajo visión por microscopio quirúrgico.

Tras la intervención, se suele colocar una sonda o tubo de alimentación a través de la nariz del paciente, que se mantendrá durante unos días, hasta que la pequeña herida del tubo de tragar cicatrice. Existen, pues, molestias al tragar debido a la herida realizada y a la presencia de la propia sonda, que desaparecen en unos días. El paciente permanecerá ingresado en el hospital durante unos días.

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.

Cabe, también, la posibilidad de que este abordaje endoscópico no pueda llevarse a cabo y requiera realizarse a través de la vía de abordaje externo.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán las manifestaciones de la hernia en el tubo de tragar, como regurgitaciones, dificultad a la deglución, etc.

BENEFICIOS ESPERABLES: Normalización de la deglución y desaparición de los síntomas producidos por el divertículo.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El divertículo de Zenker, cuando alcanza determinado tamaño, sólo tiene tratamiento quirúrgico. Éste puede realizarse a través de la vía endoscópica o de la vía externa.
 Su especialista le explicará las ventajas e inconvenientes de cada caso y le aconsejará como mejor proceda.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer disfonía —es decir, alteraciones de la voz— persistente.

Es posible que aparezca disfagia y odinofagia –dificultades y dolor al tragar–; fractura y/o movilización anormal o, incluso, pérdida de piezas dentarias; heridas en labios y boca; dolor cervical; trismo –dificultad para abrir la boca–; lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula.

Cabe la posibilidad de que aparezcan hemoptisis o hematemesis –emisión de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio o digestivo– y, excepcionalmente, disnea –sensación de falta de aireque, incluso, puede requerir la realización de una traqueotomía –es decir, 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.

Es posible que se produzca un enfisema cervical, es decir, la aparición de aire por debajo de la piel del cuello o un neumomediastino, es decir, la aparición de aire a nivel del tórax.

Cabe la posibilidad de que se produzca una mediastinitis, que es la infección de los espacios que se encuentran entre los importantes órganos que contienen el tórax, lo que se considera una complicación grave.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXÉRESIS DE UN QUEMODECTOMA YUGULAR, VAGAL, CAROTÍDEO O MÚLTIPLE DEL LADO........

Nombre y ap	pellidos		•••••
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha Fecha	
Médico infor	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la **EXÉRESIS DE UN QUEMODEC- TOMA YUGULAR, VAGAL, CAROTÍDEO O MÚLTIPLE**, 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

El quemodectoma es una tumoración benigna que tiene su origen en una serie de formaciones neurovasculares (de nervios y venas) de la pared de la vena yugular, del nervio vago o de la arteria carótida.

La aparición de esta tumoración, que puede tener un volumen muy variable, puede afectar a diversas estructuras que se encuentran en las proximidades de esta zona y, como consecuencia, justificar síntomas muy diversos. La intervención se lleva a cabo bajo anestesia general.

Aunque existen diferentes tipos de abordajes quirúrgicos, el más común utiliza una incisión que se inicia detrás del oído y llega hasta la porción media del cuello. Tras esta incisión se suele hacer necesario extirpar una porción, más o menos importante, del hueso llamado mastoides, que está detrás del oído e, incluso, las cavidades del propio oído, la cadena de huesecillos y la membrana timpánica. En muchos casos, suele ser necesario eliminar completamente todo el oído llamado medio, anulando su acceso a través del orificio auricular:

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como pegamentos biológicos esponjas sintéticas y reabsorbibles, prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras ello, es necesario, por lo general, abordar el cuello. Éste es una zona de paso de grandes vasos —es decir, arterias y venas que riegan la cabeza y el cuello—, de importantes nervios que, desde el cerebro, se dirigen hacia las diferentes zonas y órganos del resto del cuerpo y, además, contiene músculos y estructuras glandulares. A veces, practicar una de estas intervenciones exige sacrificar alguna de estas formaciones, siempre con fines curativos. Por otra parte, en el transcurso de la intervención, puede resultar lesionada alguna de las estructuras mencionadas.

Dependiendo de cada caso, es posible que el paciente permanezca ingresado en la UCI para su mejor control postoperatorio, durante las primeras 24–48 horas, tras la intervención. Al día siguiente pasará a la planta, donde continuará su recuperación. El paciente llevará unos pequeños tubos de drenaje en un lado del cuello, que se retirarán a los 2 o 3 días.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza, si la vía de abordaje ha sido retroauricular. En este último caso la incisión se cierra mediante unos puntos de sutura que se retirarán entre 5 y 7 días después.

Tras la intervención, pueden aparecer molestias en el oído, mareos, vértigo, sensación de adormecimiento en la cara por la anestesia, o una hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital durante unos días, según su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la progresión de la tumoración determinará la aparición de síntomas muy diversos, tanto a nivel del oído como de la cavidad craneal, o en zonas más alejadas del organismo, como la cara, el cuello, el hombro o la laringe, debido a la lesión de los nervios que discurren por la zona de crecimiento del tumor.

- BENEFICIOS ESPERABLES: La exéresis del tumor puede detener la aparición progresiva de los síntomas señalados e, incluso, mejorar algunos de los que ya han aparecido.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: En el caso de este tumor sólo la cirugía puede ser curativa. No obstante, como tratamiento alternativo puede considerarse la radioterapia. Ambos tratamientos
 tienen ventajas e inconvenientes. Su médico le informará en este sentido.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Es posible que las estructuras del oído no hayan podido ser respetadas, por lo que, como hemos señalado, ese oído debería anularse por completo. Ello justifica la pérdida de la audición en ese lado y la posible aparición de acúfenos —ruidos en el oído— que pueden quedar como secuela definitiva.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Pueden también aparecer vértigos de duración variable; disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–; y parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara– de forma temporal o definitiva. También puede ser preciso tener que sacrificar por la afectación tumoral, nervios como el hipogloso –que proporciona movilidad de la lengua–, el espinal o el vago –cuya lesión puede producir afonía, alteraciones en la deglución o imposibilidad para respirar, por lo que, en ocasiones será preciso realizar una traqueotomía–.

Cabe la posibilidad de que, durante la intervención o en el período postoperatorio inmediato, se produzca una hemorragia de los vasos del interior del cráneo. Esta hemorragia puede ser importante y obligar, incluso, a suspender la intervención quirúrgica o, si aparece tras ésta, a realizar una nueva intervención. Si se produjera una rotura de la arteria carótida o de la vena yugular que no pudieran controlarse, puede producirse la muerte del paciente.

Puede aparecer, asimismo, una fístula de líquido cefalorraquídeo —el líquido que rodea al cerebro, dentro de la cavidad craneal—, lo que exigiría el tratamiento adecuado para cada caso pero que, incluso, podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

También puede aparecer un edema cerebral –inflamación del cerebro– que obliga a un tratamiento adecuado y que puede llegar a ser fatal. Es posible que aparezcan alteraciones encefálicas, generalmente por isquemia cerebral –falta de riego del cerebro–, como ceguera, hemiplejía –es decir, parálisis de la mitad del cuerpo– e, incluso, el fallecimiento del paciente.

Asimismo, pueden aparecer infecciones, tanto del oído como del cuello o del cerebro, como meningitis o abscesos. Es posible que aparezcan cefaleas que pueden durar durante un cierto tiempo.

Pueden aparecer alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular y del cuello.

En ocasiones, puede aparecer una hemorragia a nivel del cuello, que podría causar el llamado «hematoma sofocante del cuello» que pudiera requerir la realización de una traqueotomía.

Pueden aparecer diferentes complicaciones cardiovasculares, como el *shock* hipovolémico —llamado así por la pérdida del volumen de sangre—, la embolia gaseosa —penetración de aire en el interior de los vasos—, la trombosis venosa —formación de un coágulo en el interior de una vena—, la embolia pulmonar —enclavamiento de un coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio— y el paro cardíaco.

Pueden aparecer dificultades de la deglución que obliguen a colocar una sonda nasogástrica y, eventualmente, a realizar una traqueotomía e, incluso, una úlcera gastroduodenal, por el estrés del paciente.

Es posible, también, la lesión del plexo cervicobraquial o de los nervios espinal, hipogloso y frénico, que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.

Cabe la posibilidad de que se produzca una hinchazón de la cara o del cuello que puede ser prolongada, infección de la herida quirúrgica, dehiscencia —la apertura— de las suturas y necrosis —destrucción— de determinadas porciones del cuello.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PARATIROIDECTOMÍA

Nombre y apellidos	
EdadDNI	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
-	N.° de colegiado
	S

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **PARATIROIDECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos paratiroidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación, total o parcial, de las glándulas paratiroides. Éstas son cuatro glándulas, situadas en la cara posterior de la glándula tiroides, y cuya función es la producción de una hormona, la PTH, encargada de la regulación del metabolismo del calcio.

La causa más frecuente de intervención es el aumento de dicha hormona o hiperparatiroidismo, o la presencia de un aumento de tamaño de dichas glándulas, que no mejora con tratamiento médico o que presenta algunas características que aconsejan su extirpación, como puede ser la sospecha de un tumor maligno.

También, el hiperparatiroidismo puede aparecer acompañando a otras enfermedades o síndromes más complejos, por lo que, dentro del tratamiento de éstos, se puede contemplar la extirpación de las glándulas paratiroides.

La paratiroidectomía puede ser parcial, extirpando sólo alguna de las cuatro glándulas, o total, extirpando las cuatro. En este último caso, será necesaria una medicación sustitutiva de forma continuada para conservar la función que realizaban las glándulas antes de la operación.

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una incisión de forma horizontal, a unos 3 cm de la base del cuello, siguiendo un pliegue cutáneo natural para conseguir que la cicatriz sea lo más estética posible.

En algunos casos, es necesario extirpar los ganglios cercanos a la glándula durante la misma intervención, por lo que puede ser necesario ampliar la incisión. También puede ser necesario añadir, a la cirugía, algún tratamiento complementario, como la radioterapia o la quimioterapia.

Es necesario hacer controles de los niveles de calcio en sangre después de la intervención, de forma seriada, para evitar complicaciones. Si los niveles son bajos o hay signos de entumecimiento, parestesias o calambres, será necesario instaurar tratamiento médico lo antes posible.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, hay otras alternativas médicas para el tratamiento del hiperparatiroidismo que hay que discutir con el médico. En el caso de tumores malignos, abandonados a su evolución espontánea, su crecimiento provocará complicaciones graves e, incluso, la muerte.

• **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría de los síntomas provocados por el hiperparatiroidismo. En otros casos la intervención facilita el diagnóstico definitivo del proceso.

- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: En el hiperparatiroidismo el tratamiento médico puede ser una alternativa válida, siempre que se cumplan determinados criterios médicos. En el caso de tumores malignos, puede existir la alternativa de la radioterapia o de la quimioterapia, si bien son alternativas que deben discutirse con el médico ya que pueden contar con menores probabilidades de éxito.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la hemostasia la capacidad de coagulación del paciente— es normal.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Si se produjera una hemorragia postoperatoria severa, se podría producir un hematoma sofocante –acumulación de sangre en el cuello— y sería necesaria una nueva intervención para revisar la herida quirúrgica; en caso de compresión de la tráquea, sería necesaria la realización de una traqueotomía –apertura de un orificio en el conducto respiratorio—, de forma temporal.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección durante el período postoperatorio que incluso pudiera generalizarse –se llama entonces septicemia–, el adormecimiento y dolor de la zona de la herida operatoria, así como pequeñas imperfecciones estéticas en la zona de la cicatriz.

Debido a la proximidad del nervio laríngeo —llamado nervio recurrente—, que es el responsable del movimiento de la cuerda vocal, una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención es la afectación temporal o permanente de dicho nervio, lo que provocaría disfonía —es decir, ronquera— o, si la afectación es de los dos nervios, causaría una dificultad para respirar que, en algunas ocasiones, requiere realizar una traqueotomía.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

Patología cervicofacial Paratiroidectomía

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PAROTIDECTOMÍA

NI I III	
Nombre y apellidos	
Edad DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado
	•

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **PAROTIDECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos parotidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como objetivo la extirpación, total o parcial, de la glándula parótida, que está situada por delante y debajo de la oreja, y cuya finalidad es la producción de saliva, que se vierte a la boca por un fino conducto.

Se aconseja la extirpación de dicha glándula cuando está afectada por quistes y tumores, tanto benignos como malignos; por una inflamación crónica que no cede con tratamiento médico; y por las llamadas litiasis –cálculos– que no se han podido extraer por la boca, debido a su localización y tamaño.

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una incisión que se hace en la piel de la parte alta y lateral del cuello y por delante de la oreja. La parotidectomía puede ser parcial, extrayéndose la mitad externa de la glándula, o total. En el caso de lesiones malignas, puede ser necesario ampliar la extirpación a otras zonas como el oído, la mandíbula, etc., cuando las lesiones son muy extensas.

Puede ser necesario añadir algún tratamiento complementario tras la cirugía, como la radioterapia o la quimioterapia.

Tras la operación se coloca, generalmente, un vendaje compresivo y, en algunos casos, un pequeño tubo de drenaje que será retirado en unos días.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, si la lesión es maligna, el retraso en el tratamiento puede hacer inoperable la lesión del paciente. El crecimiento del tumor puede provocar afectación del nervio facial y de estructuras adyacentes, así como la difusión del proceso tumoral. Si la causa de la intervención es la afectación crónica de la parótida, persistirán los síntomas de ésta.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Diagnóstico definitivo y posible curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia. En caso de tumores malignos puede existir la alternativa de la radioterapia o de la quimioterapia, si bien son alternativas que deben discutirse con el médico ya que pueden contar con menores probabilidades de éxito.

 RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la capacidad de coagulación del paciente es normal. Podría, no obstante, aparecer un hematoma.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección durante el período postoperatorio que incluso pudiera generalizarse: se llama entonces septicemia.

Puede aparecer una cicatriz poco estética o dolorosa. La zona de la intervención puede aparecer ligeramente hundida como consecuencia de la pérdida del volumen de la glándula extirpada.

La relación íntima de esta glándula con el nervio facial, que es el responsable del movimiento de la cara, justifica que una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención sea la afectación temporal o permanente del mismo.

Por otra parte, puede aparecer una fístula salival, además de un déficit de sensibilidad táctil en la zona de la oreja. En algunas ocasiones, al extirpar la glándula completamente, puede aparecer el síndrome de Frey, que se manifiesta por enrojecimiento y sudoración de ese lado de la cara durante las comidas.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE EXÉRESIS DE QUISTES Y FÍSTULAS CERVICALES

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXÉRESIS DE QUISTESY FÍSTULAS CERVICALES**, 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

Los quistes y fístulas son el resultado de la persistencia de restos embrionarios del cuello que, en su momento, debieron desarrollarse y convertirse en diversas estructuras, como huesos, ganglios, glándulas, etc., y no lo hicieron. En su evolución dan lugar a infecciones de repetición y pueden crecer y comprimir estructuras vecinas, planteándose, entonces, su tratamiento quirúrgico. Su malignización es rara, aunque posible.

Pueden ser de tres tipos: centrales, también llamados de la línea media o tiroglosos; laterales o braquiales; y auriculares.

Habitualmente, este tipo de intervención se realiza bajo anestesia general.

Se practica una incisión en la piel del cuello donde se encuentra localizado el quiste o la fístula. Una vez localizado, se extirpa en su totalidad, siendo necesario, en ocasiones, eliminar parte de las estructuras vecinas.

Estos quistes pueden estar en relación con los grandes vasos y nervios del cuello.

Tras la intervención, sobre todo en los quistes de la línea media, es frecuente la aparición de molestias al tragar, durante los primeros días.

El paciente llevará uno o más tubos de drenaje en el cuello, durante unos días.

El ingreso suele ser de una semana, si bien este período puede variar según numerosas circunstancias. Los puntos de sutura se suelen retirar unos 7 días después.

En algunos casos, cuando ha habido infecciones repetidas, se han drenado previamente, o cuando haya varios trayectos fistulosos, estos quistes son difíciles de extirpar, por lo que, en ocasiones, pueden reproducirse.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el lógico crecimiento del quiste producirá la correspondiente deformidad estética y la compresión de las estructuras vecinas. Las infecciones suelen ser frecuentes. Como el diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio de la pieza de exéresis puede ocurrir que cualquier otro proceso –p. ej., un tumor– pueda quedar sin diagnosticar hasta que el quiste no se extirpe y se analice.

• BENEFICIOS ESPERABLES: Diagnóstico definitivo y curación del proceso.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Tratamiento médico de los episodios infecciosos.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una hemorragia, que puede requerir una nueva intervención quirúrgica y una transfusión.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Se puede producir un edema –inflamación– de la laringe, o el llamado «hematoma sofocante del cuello», lo que justificaría la aparición de dificultades respiratorias que pudieran requerir traqueotomía. Pueden aparecer dificultades de la deglución.

Es posible, también, la lesión del plexo cervicobraquial o de los nervios espinal, hipogloso y frénico, que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma, y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.

Cabe la posibilidad de que se produzca la infección de la herida quirúrgica, la dehiscencia –apertura– de las suturas, la necrosis –destrucción– de determinadas porciones del cuello, y la fistulización de un líquido de aspecto lechoso, por lesión del conducto torácico.

La cicatriz puede ser antiestética o dolorosa. Es posible que las lesiones se reproduzcan, lo que obligaría a una nueva intervención quirúrgica.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SUBMAXILECTOMÍA

Nombre y apellido	s		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico del p	roceso	Fecha	
Médico informante	<u> </u>	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **SUBMAXILECTOMÍA**, 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

Recibe este nombre la técnica quirúrgica empleada para la extirpación de una glándula submaxilar, con el fin de eliminar diversas enfermedades, tanto benignas (litiasis o cálculos, inflamaciones crónicas, degeneraciones, etc.), como malignas.

Las glándulas submaxilares son dos y forman parte de las llamadas glándulas salivales mayores, encargadas de segregar saliva. Se encuentran situadas en la parte superior del cuello, debajo del suelo de la boca. Su conducto de drenaje se dirige hacia arriba, atravesando los músculos del suelo de la boca, y desemboca en ella, por debajo de la lengua.

Su extirpación se realiza bajo anestesia general.

Tras la intervención, se suele dejar un drenaje 24-48 horas, que suele ser la duración de la estancia en el hospital y, a la semana, se retiran los puntos de sutura.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, las consecuencias dependerán de la naturaleza de la patología subyacente. Así, las enfermedades inflamatorias podrían llegar a abscesificarse –formarse pus— y salir al exterior; las enfermedades degenerativas podrían llegar a malignizarse; y las enfermedades tumorales malignas podrían ocasionar la muerte del paciente por extensión local, regional o a distancia –lo que conocemos como metástasis—.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Eliminación de las enfermedades de la glándula que dieron lugar a la intervención.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: Generalmente, las enfermedades agudas de la glándula submaxilar pueden ser tratadas mediante procedimientos médicos. Por el contrario, cuando ha transcurrido un cierto tiempo y la enfermedad se ha convertido en crónica, cuando ha fracasado el tratamiento médico, o si se trata de un tumor maligno o sospecha del mismo, es necesaria la extirpación quirúrgica.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Las complicaciones derivadas del acto quirúrgico se deben, generalmente, a la lesión de algunas de las estructuras

que se encuentran junto a la glándula, bien porque están afectadas por la enfermedad —en el caso de los tumores— o por la necesaria manipulación quirúrgica de los tejidos vecinos.

Así, puede aparecer una parálisis de la mitad de la lengua en el mismo lado, alteraciones del gusto y de la sensibilidad de la lengua e, incluso, parálisis de la comisura de los labios y desviación de la boca.

Cabe la posibilidad de que aparezca el llamado «hematoma sofocante del cuello», que provocaría dificultades respiratorias que pudieran exigir una traqueotomía.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

La cicatriz resultante puede ser antiestética o dolorosa e, incluso, cabe la posibilidad de que, en el sitio en el que antes se encontraba la glándula, pueda apreciarse una pequeña depresión.

Puede aparecer una hemorragia, infecciones de la herida quirúrgica, o fístulas de saliva –salida de saliva – en la zona quirúrgica, que son bastante raras.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TIROIDECTOMÍA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	N.° de colegiado
	Ğ

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **TIROIDECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos tiroidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación total o parcial de la glándula tiroides, situada por delante y por debajo de los cartílagos laríngeos, cuya función es la producción de las hormonas tiroideas.

La tiroidectomía puede ser parcial –p. ej., la llamada hemitiroidectomía, en la que se extirpa sólo la mitad de la glándula tiroides– o total. En este último caso, será necesaria una medicación sustitutiva, de forma continuada, para conservar la función que realizaba la glándula tiroides antes de la operación.

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una incisión horizontal a unos 3 cm de la base del cuello, siguiendo un pliegue cutáneo natural para conseguir que la cicatriz sea lo más estética posible.

En algunos casos es necesario extirpar los ganglios cercanos a la glándula, durante la misma intervención, por lo que puede resultar obligado ampliar la incisión descrita.

En ocasiones, también puede ser necesario añadir algún tratamiento complementario tras la cirugía como, por ejemplo, la radioterapia o la quimioterapia.

En la operación es aconsejable, en algunos casos, dejar un pequeño tubo de drenaje que le será retirado en unos días, así como un pequeño vendaje compresivo.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, para el tratamiento del hipertiroidismo hay otras alternativas médicas que será necesario tratar con el especialista. En el caso de los tumores malignos puede existir la alternativa de la radioterapia o de la quimioterapia. No obstante, abandonados a su evolución espontánea, producirán complicaciones graves, generalmente incompatibles con la vida.

- BENEFICIOS ESPERABLES: En el caso de aparición de un nódulo tiroideo —es decir, una lesión en el interior del tiroides de forma redondeada— o de un tumor, la extirpación permite, en primer lugar, diagnosticar con precisión la naturaleza de la lesión y, en segundo lugar, la curación del proceso. En el caso del hipertiroidismo, la intervención quirúrgica permite reducir la actividad del tiroides normalizando, así, los síntomas del paciente. En el caso del llamado bocio, la extirpación mejora el aspecto externo del cuello.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El nódulo tiroideo carece de otros métodos de contrastada eficacia para su tratamiento. En el caso de la cirugía para mejorar situaciones de exceso de hormona

tiroidea –el llamado hipertiroidismo–, hay otras alternativas médicas que será necesario tratar con el especialista. Para los tumores malignos puede existir una alternativa en la radioterapia o en la quimioterapia, si bien debe discutirse con el médico ya que pueden contar con menores probabilidades de éxito.

• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la hemostasia —la capacidad de coagulación del paciente— es normal.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Si se produjera una hemorragia postoperatoria severa se podría producir un hematoma sofocante –acumulación de sangre en el cuello— y sería necesaria una nueva intervención, para revisar la herida quirúrgica; en caso de compresión de la tráquea, sería necesaria la realización de una traqueotomía –apertura de un orificio en el conducto respiratorio— de forma temporal.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección durante el período postoperatorio que, incluso, pudiera generalizarse –se llama entonces septicemia–; el adormecimiento y dolor de la zona de la herida operatoria; así como pequeñas imperfecciones estéticas en la zona de la cicatriz.

Debido a la proximidad del nervio laríngeo —llamado nervio recurrente—, que es el responsable del movimiento de la cuerda vocal, una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención es la afectación, temporal o permanente, de dicho nervio, lo que provocaría disfonía —es decir, ronquera— o, si la afectación es de los dos nervios, provocaría una dificultad para respirar que, en algunas ocasiones, requiere una traqueotomía.

Una complicación poco frecuente –un 5%– es la afectación de las glándulas paratiroides, que se encuentran en íntima relación con la tiroides: su lesión puede provocar disminución de las cifras de calcio en la sangre. Si esto se produce el paciente percibiría, entre otros síntomas, calambres musculares, que se solucionarían con tratamiento médico adecuado con calcio y vitamina D, de forma temporal o continuada.

En algunas ocasiones, pueden aparecer crisis tirotóxicas por paso a la sangre, de forma brusca y en cantidades elevadas, de hormonas tiroideas, lo que provocaría síntomas como taquicardia –aumento de la frecuencia cardíaca–, palpitaciones, sudoración y cefalea.

Patología cervicofacial Tiroidectomía

RIESGOS Y PROFES	RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES
OBSERVA	CIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA

Nombre y ap	ellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infori	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **TRAQUEOTOMÍA**, 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 traqueotomía es una técnica quirúrgica que consiste en la apertura de la tráquea a nivel del cuello, con objeto de establecer una comunicación, un orificio, entre ésta y el exterior, con diferentes objetivos, como mantener una intubación prolongada, resolver una obstrucción de las vías respiratorias altas permitiendo la respiración a través de dicha comunicación, tratar una infección, etc.

La intervención se puede efectuar con anestesia general o local, en dependencia de varios factores. Se puede efectuar de forma urgente, en situaciones que pongan en peligro la vida del paciente, o de forma programada.

Después de la intervención se coloca un tubo, en el orificio practicado, llamado cánula traqueal. A través de dicho tubo se respira y se expulsan las secreciones. Es muy importante mantenerlo limpio para que no se obstruya. Por ello, es imprescindible aspirar las secreciones y humedecerlo para que éstas no se sequen en su interior. Esta cánula deberá ser empleada durante días o semanas. En algunos casos, debe llevarse de forma definitiva.

Es conveniente que el paciente se levante y camine lo antes posible, lo que mejora la ventilación, facilita la expulsión de secreciones, y evita la aparición de complicaciones graves, como neumonías. En el inmediato postoperatorio, es frecuente que aparezca tos, que durará unas horas o incluso días.

La cicatrización se prolonga durante 8 y 10 días, siempre y cuando no surjan complicaciones. Esta cicatriz puede ser más o menos evidente, en función de las características de cada persona.

• CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA QUE LA INTERVENCIÓN ORIGINA CON SEGURIDAD: La realización de una traqueotomía implica que la tráquea —el tubo por el que pasa el aire en el aparato respiratorio— se aboque al exterior, de tal manera que el paciente respirará a través de un orificio visible en la región anterior del cuello. Para que este orificio se mantenga permeable, es necesaria la utilización de una cánula de distintos materiales y diseños.

Por otra parte, mientras esté comunicado el aparato respiratorio con el exterior, no se puede retener el aire en los pulmones, por lo que el paciente puede sufrir una disminución de la fuerza para levan-

tar pesos, y dificultades para realizar determinados esfuerzos, como la defecación, el parto, etc. Asimismo, el mecanismo de la tos, la olfacción y el estornudo están alterados.

Esta cirugía implica la posible alteración del mecanismo de la voz laríngea de tal manera que, para hablar, puede ser necesario obturar el orificio de la cánula de traqueotomía.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, puede producirse la muerte por asfixia, puede agravarse la evolución de la infección del aparato respiratorio, si es que existía, y pueden aparecer estrecheces permanentes de la tráquea como consecuencia de la intubación prolongada.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Desaparición o mejoría de la dificultad respiratoria, facilidad de expulsión de las secreciones y protección de las estructuras traqueales sometidas a intubación permanente.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Los riesgos
 de la traqueotomía están determinados, fundamentalmente, por la proximidad de estructuras vecinas
 muy vascularizadas, a través de las cuales es necesario realizar la comunicación de la tráquea con el exterior, como la glándula tiroides, las venas yugulares anteriores, etc. Por ello, es posible que aparezca una
 hemorragia que puede resultar muy importante e, incluso, mortal.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

En caso de que existan tumores u otras patologías, los riesgos pueden ser aún mayores. Por otra parte, la comunicación del aparato respiratorio con el exterior puede favorecer la aparición de una neumonía –infección del aparato respiratorio inferior–.

Es posible que aparezca una infección de las partes blandas del cuello, un enfisema subcutáneo, un neumomediastino o un neumotórax —pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax—.

Cabe la posibilidad de lesionar los llamados nervios recurrentes o las cuerdas vocales, lo que podría justificar una disfonía –ronquera– y una pequeña disnea –sensación de dificultad respiratoria–, tras la retirada de la cánula y la normalización de la vía aérea.

Puede aparecer una herida del esófago –tubo de la deglución–, una fístula traqueoesofágica –comunicación anormal entre el aparato respiratorio y el digestivo–, y disfagia –dificultad de deglución–.

Es posible que se produzca una obstrucción canular por secreciones, la llamada traqueobronquitis seca –inflamación de la tráquea y los bronquios por la excesiva sequedad del aire respirado—, una traqueomalacia –reblandecimiento de las paredes traqueales— y una necrosis traqueal –destrucción de la tráquea—.

También es posible que, por diferentes circunstancias, o por la propia evolución de la enfermedad que dio lugar a la traqueotomía, la cánula no pueda ser retirada.

Por otra parte, tras la retirada de la cánula pueden aparecer cicatrices antiestéticas y el orificio traqueal puede resultar irregular por lo que, al tacto, pueden percibirse espolones traqueales; es posible, tam-

bién, que aparezca una estenosis traqueal posdecanulación —estrechez de la tráquea tras la retirada de la cánula—.

Puede aparecer una depresión u otros trastornos del comportamiento.

Y PROFESIONA	ales	
OBSERVACION	IESY CONTRAINDICACIONES	

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL

Nombre y ap	ellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infori	mante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL**, 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

El vaciamiento ganglionar cervical consiste en la extirpación, bajo anestesia general, de la mayor parte de los ganglios linfáticos del cuello, de un solo lado (unilateral) o de los dos (bilateral).

Se realiza a través de una incisión que se practica en el cuello, en uno o en ambos lados. Se suele realizar como parte del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del área de la cabeza y del cuello y su finalidad es impedir que la enfermedad se extienda a otras partes del cuerpo.

Cabe, también, la posibilidad de que se realice con fines diagnósticos.

El cuello es una zona de paso de grandes vasos —arterias y venas de la cabeza y el cuello—, de importantes nervios que, desde el cerebro, se dirigen hacia diferentes zonas y órganos del resto del cuerpo y, además, contiene músculos y estructuras glandulares.

A veces, al practicar un vaciamiento cervical puede ser necesario sacrificar alguna de estas estructuras, siempre con fines curativos. Por otra parte, en el transcurso de la intervención puede resultar lesionada alguna de estas estructuras.

Dependiendo de cada caso, es posible que el paciente permanezca ingresado en la UCI, para su mejor control postoperatorio, durante las primeras 24 horas tras la intervención.

Al día siguiente pasará a la planta donde continuará su recuperación. El paciente llevará unos pequeños tubos de drenaje, en uno o ambos lados del cuello, que se retirarán a los 2 o 3 días, según las circunstancias. En los primeros días después de la intervención, pueden aparecer hemorragia o infecciones que obliguen a reintervenir, prolongando la estancia hospitalaria.

El período de cicatrización dura, aproximadamente, 7 días, parte de los cuales deberá permanecer ingresado en el hospital y, posteriormente, acudir a las consultas externas del servicio para las revisiones o curas que sean necesarias.

En determinados casos, para el correcto tratamiento de la enfermedad será necesaria la administración de radioterapia y/o quimioterapia, tras la intervención.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la evolución del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, ocasionará la muerte del paciente por extensión, regional o a

distancia –lo que conocemos como metástasis–. Esta extensión provocará diferentes problemas en relación con la localización de la extensión tumoral.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Curación o mejoría de la enfermedad.
- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: Quimioterapia o radioterapia con efectividad variable. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una hemorragia, que puede requerir una nueva intervención quirúrgica y una transfusión. En ocasiones, esta hemorragia puede ser la causa del llamado «hematoma sofocante del cuello», que precisaría la realización de una traqueotomía, es decir, la apertura de la tráquea para asegurar la ventilación del paciente.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o la espalda del paciente.

Pueden aparecer diferentes complicaciones cardiovasculares, como el shock hipovolémico —llamado así por la pérdida del volumen de sangre—; la embolia gaseosa —penetración de aire en el interior de los vasos—; la trombosis venosa —formación de un coágulo en el interior de una vena—; la embolia pulmonar —enclavamiento de un coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio—; y el paro cardíaco.

Cabe la posibilidad de que aparezcan alteraciones encefálicas, generalmente por isquemia cerebral, como ceguera, hipoacusia neurosensorial –sordera– y vértigo, hemiplejía –es decir, parálisis de la mitad del cuerpo– e, incluso, el fallecimiento del paciente.

Se puede producir un edema –inflamación– de la laringe y dificultades respiratorias que puedan requerir la realización de una traqueotomía.

Pueden aparecer dificultades de la deglución e, incluso, una úlcera gastroduodenal por el estrés del paciente. Es posible, también, la lesión del plexo cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso, frénico, y facial que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.

Es habitual que se produzca una hinchazón de la cara o del cuello, que puede ser prolongada; la infección de la herida quirúrgica; la dehiscencia –apertura– de las suturas; la necrosis –destrucción– de determinadas porciones del cuello; y la fistulización de un líquido de aspecto lechoso por lesión del conducto torácico.

La cicatriz puede ser antiestética o dolorosa.

Alguna de estas complicaciones puede comprometer la vida. En general, el riesgo de complicaciones aumenta si se han realizado tratamientos previos del cuello, como otras intervenciones quirúrgicas o radioterapia

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 pre-

operatorio, 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 gene-
ral, 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
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

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.

CIRUGÍA PLÁSTICA

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BICHECTOMÍA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **BICHECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos bichectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del exceso de plenitud de las mejillas.

En el caso concreto de la bichectomía, la intervención puede realizarse bajo anestesia local, anestesia local asociada con sedación y analgesia, o anestesia general. El tipo de anestesia seleccionado dependerá de los deseos y características del paciente, así como de la experiencia del facultativo.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión en el interior de la cavidad oral, por lo que no queda ningún tipo de cicatriz visible.

En el acto quirúrgico se realiza una resección de la llamada bolsa adiposa de Bichat, que es un acúmulo de grasa situado en la mejilla. La extracción de dicha grasa produce un adelgazamiento de la mejilla.

Tras la intervención, se recomienda una desinfección cuidadosa de la cavidad oral. No es necesario colocar ningún tipo de apósito o vendaje. La mejilla permanece inflamada durante una o dos semanas pero, como se ha resecado la citada bolsa de grasa, esa inflamación no es prácticamente perceptible. Pasado ese tiempo, se puede observar el efecto de la intervención quirúrgica.

No es frecuente la aparición de hematomas tras esta intervención, por lo que no se deja ningún tipo de drenaje interno. Si apareciera un hematoma significativo en la mejilla, sería necesario hacer una incisión para drenarlo. Se desaconseja la utilización de cualquier medicación que pueda afectar a la coagulación una semana antes y una semana después del procedimiento.

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad en el interior de la boca, alrededor del área de la mejilla, que es transitoria y desaparece en unos días, pero es posible que se produzcan pequeñas lesiones por traumatismos al masticar, durante este período.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirá el aspecto de plenitud de las mejillas.

• BENEFICIOS ESPERABLES: Disminución del aspecto de plenitud de las mejillas.

Bichectomía Cirugía plástica

 PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: En ocasiones, puede conseguirse un efecto visual comparable, colocando sendas prótesis que aumenten el volumen de los pómulos.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Este procedimiento es bastante seguro y el riesgo de complicaciones es muy pequeño.

La incisión intrabucal se realiza en la proximidad de la terminación del llamado conducto de Stennon, que es el conducto de drenaje natural de la glándula parótida —lo que se conoce como la papera—. Si se daña este conducto puede aparecer una retención de saliva en dicha glándula, con riesgo de inflamación o infección de la misma, lo que se conoce como parotiditis. Si esto ocurriera, puede ser necesario realizar una recanalización del conducto de drenaje de la glándula.

Existe un riesgo pequeño de lesión de las ramas nerviosas de la sensibilidad del interior de la boca, y la consiguiente aparición de una falta de sensibilidad permanente del área intervenida. Si esto ocurriera, al no existir sensación en esa zona, se podrían producir lesiones de la parte interna de la mejilla, por mordedura durante la masticación.

Pueden aparecer, también, lesiones de alguna pequeña rama nerviosa del nervio facial. Este hecho es extraordinariamente infrecuente pero, si tuviera lugar, se produciría una parálisis de la musculatura de la cara, en el área de la mejilla, con carácter transitorio en la mayoría de las ocasiones.

Después de la operación puede quedar algún grado de asimetría de la cara, que puede deberse a una extracción asimétrica de la grasa o bien a una asimetría que ya existía del esqueleto de la cara y que puede hacerse más visible tras la intervención. Si no se ha extraído igual cantidad de grasa en un lado que en el otro, el tratamiento sería resecar la grasa adicional en el lado de mayor plenitud. Si la extracción ha sido igual en ambos lados, se asume que dicha asimetría es constitucional y no se recomienda ningún otro procedimiento. A veces, la asimetría estará provocada por una inflamación asimétrica de la cara y el único tratamiento será esperar una solución espontánea. No obstante, estas asimetrías suelen ser prácticamente imperceptibles.

En algunas personas la extracción de gran cantidad de grasa de la mejilla se asocia a la aparición de una mejilla con aspecto muy enjuto —lo llamamos aspecto cadavérico— con el paso del tiempo. Por ello se recomienda resecar sólo parcialmente la grasa de la mejilla, sobre todo en personas de piel fina. Si al cabo de unos años la mejilla tiene un aspecto excesivamente adelgazado, el único tratamiento posible es la inyección de grasa del propio paciente o bien la colocación de una prótesis de mejilla.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES		
Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

Bichectomía Cirugía plástica

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.....y en calidad de......y en calidad de......y en calidad de.....y en calidad de.....y en calidad de.....y en calidad 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA INFERIOR

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	N.° de colegiado
	Ğ

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **BLEFAROPLASTIA INFERIOR**, 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 blefaroplastia inferior a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del exceso de piel y/o el abultamiento de las bolsas de grasa del párpado inferior, para el tratamiento de la llamada dermatoacalasia palpebral inferior, blefaroacalasia palpebral inferior, prolapso de bolsas adiposas palpebrales inferiores o hipertrofia del orbicular de los ojos.

La blefaroplastia inferior se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación o anestesia general. La elección del tipo de anestesia depende del tipo de defecto a corregir, las características del paciente o la experiencia en la técnica del cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión en la piel del párpado inferior, o bien en la conjuntiva palpebral inferior. El tipo de abordaje dependerá del defecto a corregir y de la experiencia del cirujano con cada técnica. En cualquier caso, ambas incisiones dejan cicatrices invisibles tras el período de cicatrización.

En el acto quirúrgico se realiza una resección de la grasa que se haya podido «prolapsar» a nivel del párpado inferior, o bien un reposicionamiento de ésta. Además, se llevará a cabo una escisión de la piel del párpado inferior sólo en aquellos casos en los que existe un exceso de ésta. Por último, se resecará, además, una tira del llamado músculo orbicular de los ojos —el músculo que rodea los ojos—si éste se hubiera hipertrofiado.

Tras la intervención, se colocará un apósito sobre el área operada y se recomendará la utilización de lágrimas artificiales y una pomada cicatrizante del ojo, durante unos días. El apósito se cambiará regularmente y las suturas se retirarán algunos días después de la intervención.

Suelen aparecer pequeños hematomas postoperatorios en el párpado inferior, que tardarán alrededor de 10 días en desaparecer. Ocasionalmente, pueden aparecer hematomas en la conjuntiva del ojo, que tardarán un poco más en reabsorberse.

Después de la intervención, el párpado inferior permanecerá inflamado durante unos días. Ello provocará una disminución de la apertura del párpado, con carácter transitorio y, ocasionalmente, una imposibilidad del cierre completo de los párpados, también de carácter transitorio. La imposibilidad de cierre de los párpados hará necesarias una serie de medidas, como una oclusión ocular, durante la noche, durante el tiempo que ésta dure. Si el procedimiento se realiza a través de la conjuntiva, suele haber una inflamación de ésta –una conjuntivitis–, durante unos días.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirá la llamada bolsa del párpado inferior, lo que puede dar a la mirada un aspecto cansado y, al rostro, un aspecto de envejecimiento.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría del aspecto del párpado inferior. Eliminación de los estigmas del paso del tiempo en el párpado inferior, los cuales condicionan la imagen de agotamiento, tristeza o envejecimiento de la mirada. Para lograr un resultado completo puede ser necesario completar esta intervención con otras técnicas quirúrgicas realizadas sobre el párpado superior o la frente.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No existe ningún procedimiento alternativo a la blefaroplastia superior para tratar los signos de envejecimiento del párpado inferior.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La blefaroplastia inferior es un procedimiento extraordinariamente seguro. No obstante, como cualquier intervención quirúrgica, tiene sus riesgos.

El proceso cicatrizal puede dar lugar a una retracción del párpado inferior con la aparición de una disposición anormal de la parte blanca del ojo, llamada esclerótica. Esta exposición de la esclerótica daría lugar a una inflamación crónica del ojo. La retracción puede acompañarse de redondeamiento del reborde palpebral inferior y rotación de las pestañas hacia afuera —el ectropión—. Para corregir esta deformidad sería necesario realizar otro procedimiento quirúrgico.

Cuando la intervención quirúrgica se realiza a través de la conjuntiva, la cicatrización puede dar lugar a una rotación interna de las pestañas –intropión–. El intropión puede requerir otro tratamiento quirúrgico.

El exceso de resección de piel puede dar lugar a la imposibilidad del cierre del párpado –lagoftal-mo— de carácter definitivo. En el caso de que se produjera, sería necesaria otra intervención para corregirlo.

Al realizar la resección de la grasa del párpado inferior, existe el riesgo de causar una hemorragia en la parte inferior de la órbita. Esta hemorragia puede producir un aumento de la presión en el interior de la órbita, y obligar a una descompresión quirúrgica de emergencia. En el caso de que ésta no se lleve a cabo en un plazo de tiempo breve, existe el riesgo de pérdida de visión de ese ojo.

La resección de la grasa del párpado inferior puede producir, a largo plazo, junto con la atrofia de la carne de la cara, por el envejecimiento, un aspecto cadavérico del ojo.

La lesión del músculo oblicuo inferior puede producir una diplopía –visión doble– en algunas posiciones de la mirada. Esta complicación es extraordinariamente infrecuente.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
T NOT ESTONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
- OBSERVACIONES I CONTINUINSICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.....y en calidad de......y en calidad de......y en calidad de.....y en calidad de......y en calidad de.....y en calidad 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

Nombre y a	pellidos		
		Número de historia clínica	
Diagnóstico	del proceso	Fecha	
Médico infor	rmante	N.° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **BLEFAROPLASTIA SUPERIOR**, 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 blefaroplastia superior a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del exceso de piel y/o abultamiento de las bolsas de grasa y/o de la glándula lagrimal, para el tratamiento de la llamada dermatoacalasia palpebral superior.

La blefaroplastia superior se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación, o anestesia general, determinándose la elección del tipo de anestesia por el tipo de defecto que se debe corregir, las características del paciente, o la experiencia en la técnica del cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión realizada en el párpado superior. La cicatriz queda escondida en el pliegue palpebral, por lo que es prácticamente invisible incluso al cerrar los ojos.

En el acto quirúrgico se realiza una resección del exceso de piel del párpado superior con o sin resección de una tira de músculo orbicular de los ojos. En caso de ser necesario, se resecará la grasa prolapsada o se reubicará la glándula lagrimal si ésta se encuentra fuera de su posición anatómica.

Tras la intervención, se colocará un apósito sobre el área operada y se recomendará la utilización de lágrimas artificiales y una pomada cicatrizante durante unos días. El apósito se cambiará regularmente y las suturas se retirarán algunos días después de la intervención.

En el período postoperatorio, suelen aparecer pequeños hematomas, a nivel del párpado superior, que tardarán alrededor de 10 días en desaparecer. Ocasionalmente, pueden aparecer hematomas subconjuntivales que tardarán un poco más en reabsorberse.

Después de la intervención, el párpado superior permanecerá inflamado durante unos días. Ello provocará una disminución de la apertura palpebral transitoria y, ocasionalmente, una imposibilidad de cierre completo de los párpados, también de carácter transitorio. La imposibilidad de cierre palpebral hará necesarias una serie de medidas, como la oclusión ocular nocturna durante el tiempo que ésta dure.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirá el exceso de piel en el párpado superior y/o el abultamiento de las estructuras mencionadas —la bolsa de grasa, y la glándula lagrimal—. El exceso de piel en el párpado superior puede dar lugar a una disminución del campo visual superior.

• **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría del aspecto del párpado superior. Eliminación de los estigmas del paso del tiempo en el párpado superior, los cuales condicionan la imagen de agotamiento, tristeza

o envejecimiento de la mirada. Para lograr un resultado completo puede ser necesario completar esta intervención con otras técnicas, como una blefaroplastia inferior y/o una frontoplastia.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No existe ningún procedimiento alternativo a la blefaroplastia superior para tratar los signos de envejecimiento del párpado superior.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La blefaroplastia superior es un procedimiento extraordinariamente seguro, no obstante, como cualquier intervención quirúrgica, tiene sus riesgos.

El daño de la musculatura elevadora del párpado superior puede producir una caída del párpado, con disminución del grado de apertura palpebral definitivo. Esta complicación necesitará otra intervención quirúrgica para corregirla.

El exceso de resección de piel puede dar lugar a la imposibilidad del cierre del párpado –lagoftalmo– de carácter definitivo. En el caso de que se produjera, sería necesaria otra intervención para corregirlo.

Al realizar la resección de la grasa del párpado superior, existe el riesgo de producir una hemorragia en la parte inferior de la órbita. Esta hemorragia puede causar un aumento de la presión en el interior de la órbita, haciendo necesaria una descompresión quirúrgica de emergencia. En el caso de que ésta no se lleve a cabo en un plazo de tiempo breve, existe el riesgo de pérdida de visión en ese ojo.

La resección de la grasa del párpado inferior puede producir a largo plazo, junto con la atrofia de la carne de la cara, por el envejecimiento, un aspecto cadavérico del ojo.

La lesión del músculo oblicuo superior puede producir una diplopía –visión doble– en algunas posiciones de la mirada. Esta complicación es extraordinariamente infrecuente.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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......y en calidad de......y en calidad de.....y en calidad de.....y en calidad de.....y en calidad de....y en calidad de...y en c

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓNY AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CERVICOPLASTIA

NI a mala ma a ca	II: d	
Nombre y a	pellidos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
-	•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CERVICOPLASTIA**, 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 cervicoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del borramiento del ángulo que forma el mentón y el cuello.

En el caso concreto de la cervicoplastia, la intervención se puede realizar bajo anestesia local potenciada con sedación y analgesia del paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión en el área debajo del mentón. Es de esperar que, tras el proceso de cicatrización, la incisión sea prácticamente invisible.

En el acto quirúrgico se realizan una serie de maniobras, como la liposucción submental –aspiración de la grasa que se considera excesiva—; la platismorrafia –acortamiento del llamado platisma, que es uno de los músculos superficiales del cuello—; la lipectomía submental –extirpación total o parcial de la grasa de la zona de debajo del mentón—; o la pexia hioidea –tracción mediante una sutura de uno de los huesos del cuello—, con el fin de lograr una relación adecuada entre el mentón y el cuello.

Tras la intervención, se colocará un vendaje compresivo sobre el área intervenida durante 24-48 horas. Será necesario utilizar una cinta elástica sobre el área submental durante unos días tras la retirada del vendaje.

Debido al riesgo de hematoma de esta intervención quirúrgica es necesario evitar medicaciones que interfieran con la coagulación o con la agregación plaquetaria días antes de la intervención, así como interrumpir el hábito tabáquico 2 semanas antes de la operación. Es importante el reposo semisentado durante 48-72 horas tras la intervención.

Después de la intervención puede existir una sensación de tirantez en el área submental durante unas semanas. Pueden aparecer pequeños hematomas que se reabsorberán en 10-14 días. Es recomendable la administración de antibióticos para evitar infecciones posquirúrgicas.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirá la falta de definición del ángulo entre el mentón y el cuello y de los pliegues del cuello, por los que se realiza la consulta médica.

Cirugía plástica Cervicoplastia

• **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría de la definición del ángulo entre el mentón y el cuello y del aspecto de la piel cervical.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Otras técnicas, como la genioplastia de deslizamiento que se realiza sólo en algunos casos, o la ritidectomía.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: El hematoma postoperatorio, es decir, la colección de sangre debajo de la piel, es una complicación que puede aparecer en las primeras 24-48 horas tras la cirugía. Puede ser necesaria una intervención para drenarlo.

Existe riesgo de cicatrización hipertrófica e incluso de aparición de queloides –cicatrices excesivas y con aspecto peculiar—. Si ello ocurriera, podría ser necesaria otra intervención quirúrgica para solucionar el problema.

Existe un pequeño riesgo de lesión de ramas nerviosas del nervio facial, lo cual generaría una parálisis de determinados músculos de la cara con la aparición de asimetrías y deformidades. La mayoría de estas parálisis son inflamatorias y se resuelven con tratamiento médico y tiempo, pero puede aparecer una lesión definitiva, que exigiría un tratamiento más complicado.

Otras complicaciones posibles, específicas de esta cirugía, son la aparición de retracciones cutáneas, deformidades o asimetrías.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

Cervicoplastia Cirugía plástica

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS MALARES

Nombre y apellidos	
	. Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **COLOCACIÓN DE PRÓTESIS MALARES**, 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 colocación de prótesis malares a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de la llamada hipoplasia malar, que produce la falta de relieve en la región de los pómulos.

En el caso concreto de la colocación de prótesis malares, la intervención se puede realizar bajo anestesia local; anestesia local potenciada con sedación y analgesia del paciente; o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión en el interior de la boca. Por ello, esta cicatriz no será visible después del procedimiento quirúrgico.

En el acto quirúrgico, se colocará una prótesis de un material biocompatible, como el Sylastic[®] o el Medpore[®], generalmente en la profundidad de la zona de los pómulos. El tamaño y la forma de la prótesis se decidirán antes de la cirugía, en función de las características personales del paciente y del tipo de relieve de los pómulos buscado. Puede ser necesario fijar la prótesis al hueso o a la cobertura del hueso, llamado periostio del paciente, lo cual se conseguirá con un tornillo de titanio o con una sutura.

Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el área malar para reducir la inflamación secundaria a la cirugía. Ésta es más intensa en los primeros 3 días tras la intervención, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducirla.

Se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. En ésta se habrá realizado una sutura con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos, al cabo de unos días.

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad del área de los pómulos, que se puede extender al labio superior, e incluso a los incisivos superiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán el aspecto aplanado de la zona de los pómulos, observable fundamentalmente en la visión de tres cuartos.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Aumento de la prominencia de los pómulos con la consiguiente mejoría del contorno facial y de la imagen de tres cuartos y de perfil.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El relleno malar, y las osteotomías maxilares.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La complicación más frecuente de la colocación de prótesis en la zona de los pómulos es la malposición de la prótesis o el desplazamiento postoperatorio de ésta. Si esto ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirlo.

Existe riesgo de lesión del llamado nervio infraorbitario con trastornos de la sensibilidad del área de los pómulos, el labio superior, y los incisivos superiores. En el caso de que esta lesión se produjera por contacto de la prótesis con dichos nervios, sería necesario retirar la prótesis.

La prótesis puede producir una inflamación crónica del área de los pómulos que degenere en una infección. Ésta se asocia a un riesgo significativo de expulsión de las prótesis colocadas. En ese caso, se debería retirar o mantener retirada la prótesis y reconsiderar una intervención, posiblemente distinta.

Tras la colocación de las prótesis puede aparecer un edema –hinchazón– en el párpado inferior, por el propio proceso inflamatorio, que se reabsorberá con el paso del tiempo, pudiendo persistir hasta varios meses.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTIRAMIENTO DEL TERCIO MEDIO FACIAL

NI a mala ma a a a	III: d	
Nombre y a	peiliaos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
-	•	N.° de colegiado
		······································

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **ESTIRAMIENTO DELTERCIO MEDIO FACIAL**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos estiramiento del tercio medio facial a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del envejecimiento del área de los pómulos y la zona que está por debajo de éstos, mediante su abordaje, con o sin ayuda de un endoscopio. La utilización de un endoscopio suele permitir el control visual del área quirúrgica sin necesidad de realizar una incisión de gran tamaño.

En el caso concreto del estiramiento del tercio medio facial, la intervención se puede realizar bajo anestesia general o anestesia local más sedación y analgesia del paciente, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de unas incisiones en el cuero cabelludo en la llamada zona temporal, que es la que se encuentra en la porción lateral del cráneo. Las incisiones, al quedar escondidas en el área capilar, son invisibles tras la cicatrización. Puede ser necesario realizar una incisión dentro de la boca para completar la disección del área a tratar.

En el acto quirúrgico se realiza una disección de los tejidos blandos del tercio medio de la cara y una recolocación de éstos en una posición más adecuada mediante la utilización de suturas de tracción realizadas bajo la piel.

Tras la intervención, se colocará un apósito sobre el área intervenida. Las incisiones se cierran con grapas o con algún tipo de sutura que se retirará en, aproximadamente, 10 días; la incisión del interior de la boca se cierra con una sutura reabsorbible que no es necesario retirar. Será necesario extremar la higiene en el lavado del cuero cabelludo durante las primeras 2 semanas para facilitar una cicatrización adecuada y evitar infecciones de las incisiones. El primer lavado del pelo se realizará a los 5 días de la cirugía.

Pueden aparecer hematomas postoperatorios en los párpados o el área de debajo de los ojos. Estos hematomas pueden descender por la piel de la cara y tardan, aproximadamente, 2 semanas en desaparecer.

Después de la intervención suele existir una anestesia del área temporal y del área malar que en la gran mayoría de los casos se resuelve en menos de un año. Un alto porcentaje de pacientes (25%) refieren un picor significativo durante un período de 3 meses. Existe una pequeña posibilidad de que aparezca una pérdida de pelo alrededor de las incisiones de manera transitoria; ésta suele ser generada por el estrés quirúrgico, el cual puede acelerar la tasa de recambio capilar, y en la gran mayoría de los casos es transitoria.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirá la disposición de los tejidos de la zona del mentón, persistiendo los signos de envejecimiento de esa región, por los que se realiza la intervención quirúrgica.

- **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría de la posición de la bolsa de grasa de debajo del pómulo con aumento de la plenitud de dicha zona y atenuación de los surcos que van desde la nariz hasta el mentón o nasogenianos.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La lipoinyección facial, y la colocación de prótesis malares.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Una de las complicaciones más frecuentes es la asimetría de la cara. Ésta puede producirse por la lógica inflamación tras la cirugía, por la presencia de dicha asimetría con carácter previo, por una asimetría de las maniobras quirúrgicas o por la lesión de alguna rama del nervio facial. Si la asimetría es marcada, puede ser necesaria otra intervención para corregirla. Si la causa de la asimetría es la lesión de la rama frontal del nervio facial, quedará una parálisis de la ceja afectada y un descenso de ésta como secuela de por vida.

Puede aparecer una anestesia definitiva del área lateral de la frente, la llamada área cigomaticotemporal en el caso de que se lesionen ramas nerviosas sensitivas durante el acto quirúrgico.

Puede aparecer, también, una alopecia definitiva alrededor de las incisiones, aunque ésta es una complicación extremadamente infrecuente cuando se utiliza el abordaje mediante endoscopios.

Otras complicaciones menos frecuentes son la anestesia del labio y de los incisivos superiores o la lesión de otras ramas del nervio facial, con asimetría a nivel de la comisura labial.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA

Nombre y ape	ellidos		
Edad	DNI	Número de historia clínica	
Diagnóstico d	del proceso	Fecha Fecha	
Médico inforn	nante	N° de colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos frontoplastia endoscópica a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de la ptosis ciliar (la caída o descolgamiento de la región de las cejas), mediante su abordaje con ayuda de un endoscopio rígido de luz fría, favoreciendo, así, el acceso al área quirúrgica sin necesidad de realizar una incisión de gran tamaño.

En el caso concreto de la frontoplastia endoscópica, la intervención se puede realizar bajo anestesia general o anestesia local más sedación y analgesia del paciente, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de unas incisiones en el cuero cabelludo, en las áreas frontal y temporal. Las cicatrices, al quedar escondidas en el área capilar, son invisibles tras la cicatrización.

En el acto quirúrgico se realiza, por debajo de la piel, un debilitamiento quirúrgico de los músculos que pueden traccionar hacia abajo de las cejas (los llamados músculo orbicular de los ojos, *procerus*, corrugador y depresor supercilii). El debilitamiento se lleva a cabo mediante cortes en dichos músculos y/o resecciones de parte de ellos. La nueva posición de la ceja se refuerza mediante la utilización de suturas realizadas por debajo de la piel.

Tras la intervención, se colocan unos tubos de drenaje que deberán mantenerse, aproximadamente, 48 horas. Las incisiones se cierran con grapas o con algún tipo de sutura que se retirará en unos 10 días. Será necesario extremar la higiene en el lavado del cuero cabelludo durante las dos primeras semanas, para facilitar una cicatrización adecuada y evitar infecciones de las incisiones. El primer lavado del pelo se realizará 5 días después de la cirugía.

Suele ser necesaria la utilización de esparadrapos durante unos días para mantener la nueva posición de la ceja mientras se termina de resolver la inflamación del área intervenida. Estos esparadrapos se han de cambiar con cierta regularidad.

Pueden aparecer hematomas postoperatorios en los párpados o el área de debajo del ojo. Estos hematomas pueden descender por la piel facial y tardan aproximadamente 2 semanas en desaparecer.

Después de la intervención, suele existir una anestesia del área frontal que, en la gran mayoría de los casos, se resuelve en menos de un año. Un alto porcentaje de pacientes (25%) refieren un prurito (picor) significativo durante un período de 3 meses. Existe una pequeña posibilidad de que aparezca una pérdida de pelo alrededor de las incisiones de manera transitoria (alopecia); ésta suele ser generada por el estrés quirúrgico, el cual puede acelerar la tasa de recambio capilar, y en la gran mayoría de los casos es transitoria.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirá la malposición de las cejas, y los signos de envejecimiento del tercio facial superior por los que se realiza la intervención quirúrgica.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la posición de las cejas con la consiguiente mejoría del aspecto estético de esta región frontoorbitaria. Es esperable la mejoría de la asimetría en la posición de éstas, si es que hubiera existido, aunque puede persistir una discreta asimetría. Suelen atenuarse las arrugas a nivel glabelar, frontal y temporal.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La inyección de toxina botulínica, la elevación directa por resección de la piel de la región superior de las cejas, y la llamada frontoplastia por abordaje coronal.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Una de las complicaciones más frecuentes es la asimetría en la posición de las cejas, que puede producirse por la inflamación lógica en el período postoperatorio, la presencia de dicha asimetría preoperatoriamente, una asimetría de las maniobras quirúrgicas o por la lesión de la rama frontal del nervio facial. Si la asimetría es marcada, puede ser necesaria otra intervención para corregirla. Si la causa de la asimetría es la lesión del nervio facial, quedará una parálisis de la ceja afectada y un descenso de ésta como secuela de por vida.

Puede aparecer una anestesia definitiva del área frontal en el caso de que se lesione gravemente el paquete vasculonervioso supraorbitario (el nervio de la zona) durante el acto quirúrgico.

Puede aparecer, también, una alopecia definitiva alrededor de las incisiones, aunque ésta es una complicación extremadamente infrecuente cuando se utiliza el abordaje.

Otras complicaciones menos frecuentes son la lesión de la piel frontal con aparición de una pequeña área de necrosis, la expulsión de las suturas, o la aparición de un pequeño abultamiento a nivel de la raíz nasal.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

NI a mala ma a ca	II: d	
Nombre y a	pellidos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
-	•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos genioplastia de deslizamiento a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de las anomalías de la forma del mentón.

En el caso concreto de la genioplastia de deslizamiento, la intervención se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación y analgesia del paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión realizada en el interior de la cavidad oral.

En el acto quirúrgico se realizará un corte del hueso del mentón y un desplazamiento de éste, generalmente hacia delante, con el fin de corregir el defecto anatómico de esta estructura. El segmento de mentón cortado se fijará en su nueva situación mediante la utilización de material como placas y tornillos de titanio. El tipo de corte y el desplazamiento del segmento de hueso cortado se decidirán con carácter previo a la cirugía, en función de estudios cefalométricos —de las medidas de la cara y el cráneo—, las características dentales y anatómicas, y los deseos del paciente.

Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el mentón para reducir la inflamación inducida por la cirugía. Esta inflamación es más intensa en los primeros tres días del período postoperatorio, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducirla.

Se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. Se dejará una sutura intraoral con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos al cabo de unos días.

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad del área del mentón, que se puede extender al labio inferior e incluso a los incisivos inferiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán la retrogenia, es decir la situación más retrasada del mentón, y la incorrección del ángulo del mentón o mentocervical.

- BENEFICIOS ESPERABLES: El aumento de la proyección del mentón con o sin aumento de la definición del borde mandibular inferior. Mejoría del ángulo del mentón o mentocervical.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La mentoplastia, y las osteotomías de mandíbula.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La complicación más frecuente de la genioplastia de deslizamiento es la aparición de asimetrías o de deformidades en el mentón. Si ello ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirlo.

Existe riesgo de lesión de los nervios de la zona, llamados mentonianos, con la lógica aparición de alteraciones de la sensación —las llamadas parestesias— o anestesia del área mental, labio inferior e incisivos inferiores. En el caso de que estos nervios sean seccionados accidentalmente en la cirugía, la anestesia puede ser definitiva.

El corte del hueso del mentón o la colocación de las placas y los tornillos antes mencionados se asocia a un riesgo mínimo de lesión de raíces dentarias de incisivos inferiores. Esta lesión puede producir la pérdida de estas piezas dentarias.

La disección quirúrgica del hueso del mentón puede dar lugar al desprendimiento de los tejidos blandos del mentón dando lugar a descenso de éstos. Ello generaría una deformidad conocida como «mentón de bruja», de difícil corrección.

Existe un riesgo pequeño de infección quirúrgica del área operada. Esta complicación podría hacer necesaria la retirada del material metálico colocado y una posterior reintervención para corregir el defecto creado.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES		

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO FACIAL

Nombre y apellidos .		
		Número de historia clínica
Diagnóstico del pro	ceso	Fecha
Médico informante		N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la técnica denominada **INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO FACIAL**, así como las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos infiltración de material de relleno facial al relleno de los tejidos blandos de la cara. Para ello se utiliza un material que llamamos biológico por su procedencia y que puede provenir del propio paciente, por lo que se le llama autólogo, de un organismo diferente, por lo que se le denomina heterólogo o ser sintético. En ocasiones, el material utilizado no es biológico. El fin de la intervención es el de engrosar estructuras como los labios, el mentón, los pómulos, o el dorso nasal, o bien camuflar arrugas o cicatrices faciales.

La técnica consiste en la infiltración del citado material mediante una aguja de calibre variable. Si se utiliza material autólogo, como por ejemplo grasa del paciente, será necesario un procedimiento extractor en otra parte del cuerpo.

Los materiales biológicos, como la grasa, el llamado colágeno, o el ácido hialurónico experimentan una reabsorción, con el paso de los meses, devolviendo el área infiltrada a su situación inicial. Cuando esto ocurre, es necesario reinyectar éste u otro producto para lograr, de nuevo, el efecto deseado.

Los materiales no biológicos son no reabsorbibles. Su infiltración se asocia a un efecto permanente. Sin embargo, en la mayoría de ellos no existen estudios de seguridad a largo plazo, por lo que existe un riesgo de reacción adversa que puede aparecer hasta años después de la infiltración. Recomendamos que pregunte a su especialista sobre la seguridad del material que está proponiéndole utilizar.

La infiltración de un material de relleno facial se realiza, generalmente, sin utilizar ningún anestésico. En el caso de necesitar agujas de calibre mayor, por ejemplo para la infiltración de grasa del propio paciente, existe la posibilidad de realizar la infiltración utilizando algún tipo de anestesia local. El dolor asociado a la infiltración de estas sustancias es pequeño: equivalente a una inyección de vacuna.

Después de cada inyección es necesario aplicar una presión suave, durante unos minutos, para evitar la aparición de hematomas. La introducción de una aguja a través de la piel produce una inflamación inmediata que puede dar una falsa apariencia de que se ha logrado un efecto mayor del previsto por la infiltración del material. Al cabo de unos días, esa inflamación mecánica desaparece, quedando únicamente el engrosamiento debido al material de relleno. Es habitual la necesidad de realizar varias sesiones de infiltración para lograr el efecto final deseado.

Tras la inyección puede aparecer un leve enrojecimiento sobre el área infiltrada y generalmente una inflamación leve que durará 1 o 2 días. No suele ser necesaria la utilización de analgésicos ni de antibióticos tras el procedimiento, pero sí se recomienda seguir una serie de hábitos higiénicos sobre el área tratada, como lavados con un jabón y la abstinencia de utilizar cualquier pomada o sustancia de maquillaje durante 48 horas.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTE PROCEDIMIENTO**, persistirá el defecto del área a infiltrar o bien la depresión o arruga facial que se busca atenuar.

- BENEFICIOS ESPERABLES: Engrosamiento de la estructura facial infiltrada; atenuación del surco o arruga facial.
- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Utilización de prótesis faciales, el estiramiento del tercio medio facial, y el injerto esquelético facial.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La inyección de un material de relleno facial se asocia a una serie de riesgos que dependen más del tipo de material utilizado que de la técnica en sí misma.

El principal efecto secundario es la aparición de una reacción inflamatoria frente al material utilizado. Ésta se produce por una respuesta defensiva del cuerpo ante el material infiltrado y se caracteriza por lesiones redondeadas perceptibles bajo la piel, que llamaremos nódulos subcutáneos. Éstos pueden ser visibles o no, pero siempre son palpables. La mayoría de los materiales utilizados para relleno facial pueden producir esta complicación. Esta reacción no existe en los llamados materiales autólogos como la grasa propia y no está tampoco descrita con el ácido hialurónico. Puede aparecer en un tiempo variable, desde días hasta años después de la infiltración. Si no se resuelve espontáneamente, será necesario un tratamiento para hacer desaparecer estos nódulos. Existe la posibilidad de que la complicación sea definitiva.

En algunas zonas como los labios existe un riesgo de sobrecorrección. La mayoría de las veces lo único necesario es dejar pasar el tiempo para corregirla, pero puede requerir, sobre todo si se ha utilizado un material no reabsorbible, una intervención para resolver el problema.

En el caso de aplicación bilateral pueden aparecer asimetrías faciales. Si esto ocurriera, el tratamiento sería infiltrar con más material el lado menos engrosado.

En el caso de utilizar grasa autóloga, la pérdida o ganancia de peso del individuo puede dar lugar a una variación del volumen del área tratada. Existe también el riesgo de descomposición de la grasa, con la formación de lo que hemos llamado nódulos subcutáneos, que tienden a desaparecer sin ningún tipo de tratamiento.

Al infiltrar la piel siempre hay un pequeño riesgo de infección cutánea; es muy pequeño y no se recomienda, por ello, la utilización de antibióticos de manera preventiva, si bien sí se informa de la necesidad de una higiene adecuada. Si se produce una infección, será necesario tomar antibióticos.

La aplicación de un material de infiltración de tejidos blandos puede causar hematomas por el propio trauma inducido por la aguja de inyección. Se recomienda no tomar medicación con efecto anticoagulante una semana antes de este procedimiento.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	N.° de colegiado
	ŭ

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la técnica denominada **APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA**, así como las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos aplicación de toxina botulínica a la técnica que tiene como finalidad el tratamiento de las arrugas que han aparecido por contracción de la musculatura facial.

La técnica consiste en la infiltración de la llamada toxina botulínica en determinados músculos de la cara, como los depresores de la ceja y la porción lateral del orbicular de los ojos, con el fin de paralizarlos y hacer desaparecer las arrugas cutáneas finas generadas por su contracción.

La toxina botulínica es una sustancia que inhibe la contracción muscular y que tiene como efecto la parálisis del músculo. Al cabo de unos meses, el músculo recupera su actividad.

La inyección de toxina botulínica no es una técnica indolora; las múltiples inyecciones intramusculares se asocian a un dolor significativo cuya percepción es variable según cada paciente. La utilización de un anestésico local es opcional, según las características del paciente.

Después de cada inyección es necesario aplicar una presión suave en el músculo durante unos minutos para evitar la aparición de hematomas. La desaparición de las arrugas no es inmediata, sino que han de transcurrir unos días —de 3 días a 1 semana— para que la toxina haga su efecto y se produzca la parálisis del músculo cuya contracción produce las arrugas de esa zona concreta. El efecto de la parálisis es máximo al cabo de unas semanas y va desapareciendo en un plazo de tiempo variable de entre 3 y 6 meses. Al cabo de este tiempo el músculo recupera su actividad normal y es necesario volver a inyectar la toxina botulínica para paralizarlo de nuevo.

La aplicación repetida de toxina botulínica, si bien no se asocia a la parálisis definitiva del músculo, sí produce una mayor duración de su efecto. Las dosis de toxina botulínica utilizadas son tan pequeñas que no producen complicaciones en el resto del organismo.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTE PROCEDIMIENTO**, persistirán las arrugas finas por la contracción de ciertos músculos de la cara.

• **BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría o desaparición de las arrugas por contracción muscular, fundamentalmente las arrugas conocidas como patas de gallo y las arrugas del entrecejo.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La frontoplastia endoscópica, y el relleno de arrugas.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La inyección de toxina botulínica es un procedimiento seguro, los riesgos específicos del procedimiento son escasos y transitorios.

En el caso de aplicación de toxina botulínica en un área equivocada, se puede producir un efecto no deseado, como la caída del párpado superior o inferior, la caída de la comisura labial, la parálisis del movimiento del ojo o la caída de las cejas. Cualquiera de estas deformidades por inyección de la toxina en un área errónea es transitoria.

La aplicación de toxina botulínica puede producir la aparición de hematomas por el propio trauma inducido por la aguja de inyección. Se recomienda no tomar medicación con efecto anticoagulante una semana antes de este procedimiento.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES
Por otra parte, este procedimiento no debe ser realizado en las mujeres embarazadas o durante la lac-
tancia. Además, los pacientes con otras enfermedades neurológicas, como miastenia grave, enfermedad de
Eaton-Lambert u otras, deben ser valorados cuidadosamente. La utilización simultánea de aminoglucósidos
está contraindicada.

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

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.ªy en calidad dey en calidad dey 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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MENTOPLASTIA

NI a mala ma a ca	II: d	
Nombre y a	pellidos	
Edad	DNI	Número de historia clínica
Diagnóstico	del proceso	Fecha
-	•	N.° de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **MENTOPLASTIA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

■ BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos mentoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento del defecto del mentón conocido como retrogenia. Con esta palabra se designan aquellas situaciones en las que el mentón es poco sobresaliente.

En el caso concreto de la mentoplastia, la intervención se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación y analgesia del paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión, realizada en el interior de la cavidad oral o bien en el área de debajo del mentón. Esta última, debido a su forma y localización, es poco visible.

En el acto quirúrgico se colocará una prótesis de un material biocompatible, como Sylastic[®] o Medpore[®], en la profundidad del área mentoniana. El tamaño y la forma de la prótesis se decidirán antes de la cirugía en función de las características personales del paciente y del tipo de mentón buscado. Puede ser necesario fijar la prótesis al hueso o al periostio del paciente, lo cual se haría con un tornillo de titanio o con una sutura.

Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el mentón para reducir la inflamación inducida por la cirugía. Esta inflamación es más intensa en los primeros 3 días de postoperatorio, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducirla.

En el caso de que se haya realizado una incisión dentro de la boca, se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. En el caso de que se realice una incisión por dentro de la boca, se dejará una sutura con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos al cabo de unos días. En el caso de una incisión en la piel de debajo del mentón, la sutura se retirará en un tiempo variable, siendo necesario realizar curas periódicas de la cicatriz hasta que esto ocurra.

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad del área del mentón, que se puede extender al labio inferior e incluso a los incisivos inferiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirá el defecto del mentón y la falta de definición del ángulo mentocervical.

Cirugía plástica Mentoplastia

• **BENEFICIOS ESPERABLES**: Aumento del perfil del mentón con o sin aumento del contorno del borde inferior de la mandíbula. Mejoría del ángulo del mentón con el cuello.

- PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La genioplastia de deslizamiento, y las osteotomías de mandíbula.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La complicación más frecuente de la mentoplastia es la mala posición de la prótesis o el desplazamiento postoperatorio de ésta. Si ello ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirla.

Existe riesgo de lesión de los nervios del mentón, con aparición de sensaciones desagradables o anestesia de dicha área, labio inferior e incisivos inferiores. En el caso de que esta lesión se produjera por contacto de la prótesis con dichos nervios, sería necesario retirar la prótesis.

La prótesis puede producir una inflamación crónica del área mentoniana que degenere en una infección. Ésta se asocia a un riesgo significativo de expulsión de la prótesis. En ese caso, se debería retirar o mantener retirada la prótesis y reconsiderar una segunda intervención de una naturaleza distinta.

En prácticamente todos los casos de mentoplastia, la presión de la prótesis sobre el hueso del mentón produce una reabsorción de éste a largo plazo. Esta reabsorción no suele ser significativa, si bien en algunos casos puede ser tan intensa que aconseje la retirada de la prótesis y la realización de una segunda intervención quirúrgica para corregir este defecto.

La disección de la zona en la que se ubicará la prótesis puede dar lugar al desprendimiento de los tejidos blandos del mentón. Ello generaría una deformidad conocida como «mentón de bruja», de difícil corrección.

En el caso de realizar una incisión en la piel de debajo del mentón, existe el riesgo de cicatrización defectuosa o de retracciones cutáneas. Todas estas complicaciones necesitarían un tratamiento adicional, con la posibilidad de dejar secuelas.

■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES		
■ OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES		

Mentoplastia Cirugía plástica

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA OTOPLASTIA

Nombre y apellidos	
	Número de historia clínica
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	N.° de colegiado
	ŭ

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **OTOPLASTIA**, 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

De una manera genérica se denomina otoplastia a un conjunto de técnicas quirúrgicas destinadas a cambiar la forma, tamaño u orientación del pabellón auricular o, en los casos más extremos, a reconstruirlo.

Así pues, las anomalías que trata este conjunto de técnicas son muy diversas y caprichosas, y su origen es muy distinto.

En ocasiones, la otoplastia se realiza en varios tiempos quirúrgicos y requiere la utilización de materiales del propio paciente, como cartílago de las costillas o del pabellón de la oreja del otro lado, que deben ser obtenidos mediante diversas incisiones.

En otros casos, el procedimiento es más simple y se limita al cambio en la forma, tamaño y orientación del pabellón auricular.

La intervención quirúrgica puede realizarse bajo anestesia local o general, según las circunstancias específicas de la intervención quirúrgica, o las propias del paciente.

Suele requerir una o varias incisiones en la zona posterior del pabellón o, incluso, en el propio pabellón auricular. El cambio en la forma o la orientación del pabellón puede requerir la utilización de suturas internas que mantienen el pabellón con la forma y situación deseadas. Tras la modificación se realiza una cuidadosa sutura.

En determinados casos, estas técnicas se realizan en uno o en los dos oídos.

La permanencia en el hospital, después de la operación, varía generalmente entre unas horas y varios días, según la evolución de cada caso.

Tras la operación, podría ser normal que se notara una pequeña hemorragia que manchara el vendaje.

Durante un tiempo variable, después puede ser necesaria la utilización de un vendaje elástico de consolidación.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán los trastornos relativos a la forma, tamaño, orientación y existencia del pabellón auricular.

Otoplastia Cirugía plástica

 BENEFICIOS ESPERABLES: La normalización de los trastornos relativos a la forma, tamaño, orientación y existencia del pabellón auricular suele tener una finalidad estética. No obstante, en los casos de asociación con otras malformaciones, puede ser necesaria o importante para la recuperación de la audición.

- **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: En general, no existe un procedimiento alternativo de eficacia contrastada. No obstante, en el caso de profundas malformaciones del pabellón auricular, pueden utilizarse las llamadas epítesis, es decir piezas que reproducen, en material sintético, el órgano perdido y que se sustentan mediante implantes de titanio, colocados en la zona adecuada.
- RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: La otoplastia, en sus técnicas más simples, suele ser un procedimiento sencillo y carente de complicaciones. En los casos en los que estas técnicas se dirigen a modificar pequeños trastornos de la forma, tamaño u orientación de los pabellones auriculares, cabe la posibilidad de que la corrección no alcance las expectativas estéticas del paciente. Es posible que se presenten asimetrías en la posición del pabellón. Por lo común, es una situación que suele pasar inadvertida.

Puede aparecer, también, una pequeña hemorragia.

Puede producirse la expulsión de alguno de los puntos de sutura utilizados en la corrección, que puede hacer que el pabellón tienda a recobrar su forma previa, requiriendo una nueva intervención. Una infección del cartílago, si bien es excepcional, podría dar lugar a una deformación muy marcada de la oreja.

En los casos en los que los trastornos de la forma del pabellón son muy importantes, en el intento de su corrección, pueden producirse diversas lesiones: así, cabe la posibilidad de que quede, como secuela, una estrechez del conducto del oído, o una cicatriz antiestética o dolorosa.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 —el polo negativo— colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular o, por el contrario, un dolor neurálgico.

Cabe la posibilidad de que, como consecuencia de la incisión o de la manipulación de la piel del conducto, se produzca una infección del oído, que requeriría tratamiento.

En las técnicas para la reconstrucción total del pabellón las posibilidades de complicaciones son mayores. Así, en el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. Desde allí, alcanza los músculos a los que inerva a través de la región inferior del oído, por lo que cabe la posibilidad de que pueda ser alcanzado por las maniobras de corrección, especialmente cuando se intervienen pabellones muy deformados, y lesionado en diferente grado. Su sección accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis, aunque es extremadamente rara. Pueden producirse, también, problemas con el cartílago implantado, como infecciones o reabsorciones parciales o expulsión de éste o de las suturas utilizadas, así como cicatrices poco estéticas en la región torácica o en otras zonas de las que se ha tomado el material necesario para la reconstrucción. La extracción del cartílago costal conlleva el riesgo de producir una situación llamada neumotórax, en la que entra aire bajo las

Cirugía plástica Otoplastia

costillas y el pulmón no se expande adecuadamente, lo que puede requerir la utilización de un tubo insertado en el tórax, durante unos días.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES	
OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES	

Otoplastia Cirugía plástica

■ DECLARACIONESY 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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente	Firma del médico
--------------------	------------------

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.

CONSENTIMIENTO GENERAL

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE Nombre y apellidos Diagnóstico del proceso Fecha Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica que le van a realizar, 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 En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN BENEFICIOS ESPERABLES

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS
• RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO
■ RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES
Y PROFESIONALES
■ OBSERVACIONESY CONTRAINDICACIONES

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 convenientes 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.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente Firma del médico

■ TUTOR LEGAL O FAMILIAR

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.