

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SIALOENDOSCOPIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La sialoendoscopia es una técnica que permite explorar de manera poco invasiva el interior de los conductos de las glándulas salivares grandes, como las que están debajo de la mandíbula y debajo de la oreja. Estas glándulas producen saliva, que sale a la boca a través de conductos que pueden tener problemas como cálculos (piedras), estrechamientos, inflamaciones u otras enfermedades.

Para realizar la técnica, primero se ensancha el conducto afectado y luego se introduce un pequeño instrumento llamado sialoendoscopio, que tiene una cámara y luz. Esto permite ver en tiempo real lo que pasa dentro del conducto, ayudando a diagnosticar y tratar el problema.

Dependiendo del caso, el tratamiento puede incluir quitar cálculos pequeños con pinzas o sondas, partir cálculos grandes con láser, ensanchar conductos estrechos con un balón o un endoscopio más grande o poner un pequeño tubo metálico llamado stent para mantener el conducto abierto por unas semanas.

En adultos la intervención suele hacerse con anestesia general, en niños o exploraciones cortas con local o general. En algunos casos, puede ser necesario hacer una cirugía tradicional con una incisión externa para resolver el problema.

El objetivo de esta técnica es conocer qué causa la enfermedad y tratar las inflamaciones o infecciones en la glándula submaxilar, ayudando a que la glándula vuelva a funcionar bien.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Inflamación leve de la glándula.
- Dolor local.
- Sangrado leve.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Perforación ductal.
- Infección glandular.
- Estenosis (estrechamiento) recurrentes.
- Excepcionalmente necesidad de realizar cirugía abierta.
- Traqueotomía de urgencia (muy raro).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Para diagnosticar: pruebas de imagen como radiografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia nuclear magnética, sialografía, según el caso, o punción de la glándula.
- Para tratar: cirugía abierta.

AUTORIZACIÓN PARA "SIALOENDOSCOPIA"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: