

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SIALENDOSCOPIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La sialendoscopia es una técnica que nos permite explorar, de forma visual, el interior de los conductos de las glándulas salivares más voluminosas, tales como las glándulas submaxilares –que están situadas bajo la rama horizontal de la mandíbula; y las glándulas parótidas, que se encuentran bajo el lóbulo de la oreja en la parte lateral e inferior de la cara-. La función de estas glándulas es producir la saliva que se expulsa a través de los conductos que desembocan en la cavidad oral, bajo la lengua en el caso de las glándulas submaxilares y en la cara interna del carrillo -a nivel del segundo molar- en el caso de las parótidas. Los conductos salivares pueden obstruirse por cálculos (lo que se denomina sialolitiasis) sufrir estrechamientos (lo que llamamos estenosis) o padecer procesos inflamatorios (lo que conocemos como sialoductitis). Por otra parte, las glándulas salivares pueden enfermar de diferentes maneras (a esta situación la hemos llamado sialadenosis). En todas estas situaciones, el especialista puede encontrar conveniente abordar el interior de los conductos de drenaje de una o varias de sus glándulas salivares.

La sialoendoscopia se realiza bajo anestesia local o general y puede tener un fin diagnóstico (obtener datos de su enfermedad) o terapéutico (tratar la enfermedad que Vd. tiene, en todo o en parte).

El primer paso de la intervención precisa la dilatación del conducto de la glándula afecta con el fin de introducir el instrumental adecuado, que denominamos sialendoscopia. Este instrumento permite la exploración de los conductos salivares bajo control visual y por lo tanto el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de los propios conductos o, incluso, de las glándulas. La introducción progresiva del sialendoscopia requiere el lavado constante del conducto, con el fin de dilatar los canalículos.

En lo relativo a las enfermedades concretas, los cálculos de pequeño tamaño pueden extraerse utilizando sondas o pinzas; los de mayor tamaño deben de fragmentarse antes, utilizando un láser o un litotriptor; una estenosis se puede tratar introduciendo un endoscopio de mayor diámetro (con lo que conseguiríamos una dilatación bajo control óptico) o utilizando un sistema de "balón de dilatación".

En algunas ocasiones el especialista precisará colocar un tutor –llamado "stent"- que mantenga abierta la zona estrechada, durante unas semanas.

En caso de inflamación crónica, podrá ser útil el lavado del conducto de la glándula con corticoides y antibióticos.

En ocasiones, a criterio de su especialista, puede ser necesario intervenir la glándula a través de técnicas endoscópicas y de cirugía convencional, través de una incisión externa. En este caso, un abordaje externo podrá presentar los mismos riesgos y peculiaridades que una parotidectomía o una submaxilectomía, por lo que se requerirá que valore los documentos específicos.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

En el caso de no realizarse esta técnica, el especialista no obtendrá la visión del interior de los conductos que puede facilitar el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, por lo que se verá obligado a utilizar otros medios de exploración o de terapia de la misma, que puedan ser menos efectivos. A este respecto, su especialista le aconsejará el mejor proceder.

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SIALENDOSCOPIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

BENEFICIOS ESPERABLES

En ausencia de complicaciones, la sialendoscopia permitirá un mejor diagnóstico de la enfermedad, así como una mejor resolución, evitando o disminuyendo los procesos inflamatorios o infecciosos que pueda sufrir la glándula submaxilar.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Puedan existir diversos procedimientos alternativos, en dependencia del objetivo de la sialendoscopia:

En el caso de que se persiga diagnosticar alguna enfermedad de alguna de las glándulas salivares, la radiografía, el escáner, la resonancia nuclear magnética, la punción de la glándula, etc. pueden ser procedimientos alternativos. Su especialista le aconsejará en este sentido.

En el caso de que el objetivo de la sialendoscopia sea el tratamiento de alguna enfermedad, en algunos casos se puede realizar un abordaje de la glándula, o de su conducto, mediante una incisión en el suelo de la boca o, incluso, pueda extirparse la glándula afectada.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

En todos los casos existirá una inflamación leve de la glándula debida a las maniobras de introducción del endoscopio, al líquido de lavado necesario durante la cirugía, o a las maniobras necesarias para el tratamiento de la glándula. En ocasiones, esta inflamación puede ser más importante y requerir el oportuno tratamiento. Excepcionalmente podría producirse una inflamación intensa, a nivel del cuello, en la mayor parte de los casos, por una perforación, que puede requerir la extirpación de la glándula comprometida, de forma urgente. Excepcionalmente esta inflamación puede comprometer la vía aérea requiriendo una traqueotomía de urgencia.

La perforación del canal es la complicación inmediata más frecuente. En caso de perforación del canal de la glándula parótida, a nivel de la mejilla, se realizará un vendaje compresivo de la zona con la intención de que se cierre la mencionada perforación. En casos excepcionales, puede quedar una fístula - comunicación del conducto de la glándula con el exterior-, a nivel de la cara, que podría requerir una intervención posterior, para su tratamiento.

En caso de perforación en el conducto de la glándula submaxilar, podría aparecer una inflamación del cuello, lo que podría requerir, de forma excepcional, la extirpación, mediante cirugía abierta, de la mencionada glándula.

De forma menos frecuente, podría aparecer una infección a nivel de la glándula intervenida o de sus alrededores. Excepcionalmente pudiera ser necesario el drenaje de las secreciones acumuladas o la extirpación de la glándula comprometida.

Excepcionalmente podría aparecer un sangrado, que pudiera necesitar, para su tratamiento, una intervención quirúrgica.

La sialendoscopia puede fracasar en sus objetivos ya sea por la persistencia de un fragmento de cálculo, ya sea por recidiva de la estrechez del conducto, o ya sea porque la glándula deja de ser funcional y requiera su extracción. Esto ocurre en menos del 10% de los casos.

En raras ocasiones, la disección del suelo de la boca puede originar la formación de un quiste, que se denomina mucocele que pueda requerir la extirpación de la glándula mediante cirugía abierta.

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SIALENDOSCOPIA

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

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

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SIALENDOSCOPIA

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SIALENDOSCOPIA

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

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal