

	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE FEES	
	Proceso: Gestión de la Información	Versión: 4

NOMBRE: _____

EDAD _____ DOCUMENTO No: _____

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención denominada EVALUACION ENDOSCOPICA DE LA DEGLUCIÓN (FEES, por sus siglas en inglés), así como las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos EVALUACION ENDOSCOPICA DE LA DEGLUCIÓN (FEES), a un procedimiento que se utiliza para el diagnóstico de la disfagia. Se trata de un endoscopio flexible – un instrumental flexible realizado mediante fibra de vidrio- que se introducirá por la nariz del paciente hasta visualizar la zona orofaríngea durante la administración de alimentos de diferentes consistencias. El procedimiento no se puede realizar bajo ningún tipo de anestesia puesto que uno de los factores a evaluar es la sensibilidad.

Con base en la información recolectada durante este examen el otorrinolaringólogo en compañía de la fonoaudióloga podrá hacer recomendaciones y modificaciones en la alimentación del paciente para hacerla más segura y evitar broncoaspiración; así mismo se podrá plantear un esquema de rehabilitación que permita al paciente mejorar sus condiciones deglutorias en el caso de identificar algunas alteraciones.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención persistirán las alteraciones deglutorias 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 que alteran la deglución, objeto de esta técnica.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La fluoroscopia de la deglución es un procedimiento alternativo a esta técnica, sin embargo, este procedimiento usa radiación y no evalúa algunas alteraciones anatómicas por lo que su médico le aconsejara el mejor procedimiento disponible.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Generalmente este procedimiento es inocuo para el paciente y se realiza rápidamente. Lo más frecuente es incomodidad o molestia en la nariz que pasará rápidamente después de realizar el examen.

Como se está evaluando la deglución y es frecuente la sospecha de broncoaspiración en estos pacientes, el riesgo principal es un episodio de broncoaspiración durante el examen, sin embargo, se cuentan con los recursos suficientes para manejar esta situación. Eventualmente puede producirse una hemorragia, principalmente en la nariz, que pueda requerir alguna intervención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes del estudio diagnóstico que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y



JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE FEES**

Proceso: Gestión de la Información

Versión: 4

Fecha aprobación:
01/06/2024

riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada prueba y de las alternativas a esta técnica diagnóstica.

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.

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 médico y la estancia en un centro médico son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes del procedimiento.

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.

FIRMADO EN _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
EI PACIENTE

Fdo.: _____
EI MEDICO

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a _____, con CC: _____ 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.

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Fdo.: _____
El representante legal /Paciente.