

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FARINGO-LARINGECTOMÍA PARCIAL TRANSORAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en la extirpación de un tumor de la laringe y, a veces, de zonas vecinas que están afectadas por una lesión maligna.

Esta intervención se realiza a través de la boca del paciente, mediante la introducción de un tubo llamado laringoscopio y el uso de microelectrodos (bisturí eléctrico) o bisturí láser para cortar las lesiones.

En algunos casos, es necesario realizar una traqueotomía provisional, que consiste en crear una comunicación entre la tráquea y el exterior mediante un orificio en el cuello. Este orificio se mantiene abierto con una cánula, lo que facilita la respiración.

También puede ser necesario colocar una sonda de alimentación. Tanto la cánula como la sonda son dispositivos temporales, que se retiran una vez que el paciente puede respirar y alimentarse por sí mismo.

Este procedimiento se realiza con anestesia general.

La finalidad de este procedimiento es eliminar el tejido afectado conservando, en la medida de lo posible, la voz, la deglución y la respiración.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Disfonía (ronquera).

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Complicaciones cardiovasculares.
- Dificultad para tragar.
- Infecciones del aparato respiratorio, como inflamación de la tráquea, pulmones (neumonitis) y bronquitis.
- Inflamación de la laringe, que puede generar tejido cicatricial (bridas) y provocar estrechamiento de la garganta.
- Quemaduras en la cara y boca debido a las altas temperaturas de los microelectrodos.
- Aparición de pequeñas burbujas de aire (enfisema subcutáneo) en el cuello o en el tórax.
- Inflamación de los cartílagos de la laringe o destrucción de tejidos blandos en el cuello.
- En caso de haberse realizado una traqueotomía, pueden presentarse acúmulos de moco seco en la cánula, la tráquea o los bronquios, lo que dificulta la respiración e impide retirar la cánula.
- Posible reaparición del tumor.

- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc.)
- 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:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Combinación de estas formas de tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA "FARINGO-LARINGECTOMÍA PARCIAL TRANSORAL"

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: