

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MICROCIRUGÍA POR ESTENOSIS LARÍNGEA O TRAQUEAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La estenosis laríngea es un problema en el que la laringe (la parte de la garganta donde están las cuerdas vocales) se estrecha, dificultando el paso del aire. A veces, este estrechamiento también afecta a la tráquea, que es el tubo que lleva el aire a los pulmones.

Este procedimiento se realiza con una técnica llamada laringoscopia directa que consiste en introducir un tubo metálico por la boca del paciente hasta llegar a la laringe. Con la ayuda de un microscopio, se puede ver bien la zona afectada y realizar la cirugía con precisión.

Durante la cirugía, el médico puede:

- Usar un láser de CO₂ para abrir el espacio por donde pasa el aire.
- Introducir un tubo hueco (como un broncoscopio) para ensanchar la zona.
- Aplicar un medicamento llamado mitomicina para evitar que el estrechamiento vuelva a aparecer.
- Colocar una prótesis (pieza de material sintético) en la parte baja de la laringe, que se fija con puntos para mantener abierta la vía aérea.

En algunos casos, también es necesario hacer una traqueotomía, que consiste en abrir un orificio en el cuello para que el aire entre directamente a la tráquea. En ese orificio se puede colocar una prótesis especial para mantenerlo abierto (cánula).

La intervención se hace con anestesia general.

La finalidad del procedimiento es abrir la vía respiratoria para que el paciente pueda respirar mejor, hablar con más facilidad y eliminar las secreciones sin dificultad.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Alteraciones de la voz (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:

- Acúmulos de moco seco en la cánula, la tráquea o los bronquios, lo que dificulta la respiración.
- Salida de sangre por la boca, ya sea del aparato respiratorio o digestivo.
- Dificultades y dolor al tragar.
- Alteración en la movilidad y en la sensibilidad de la lengua.
- Lesión de la mandíbula, dificultad para abrir la boca o pérdida de piezas dentarias y heridas de labios y boca.
- Dolor cervical.
- Reproducción de la estenosis.
- La infección del aparato respiratorio puede favorecer la aparición de una traqueítis, una

bronquitis o una neumonía.

- Quemaduras en cara o boca en el caso de haberse utilizado el láser de CO₂.
- 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).
- Disnea (sensación de dificultad respiratoria), tras la retirada de la cánula y la normalización de la vía aérea, si se ha realizado una traqueotomía previa.
- 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

Especial configuración anatómica de la laringe o la falta de flexibilidad del cuello del paciente.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Resección con láser.
- Fibroendoscopia.

AUTORIZACIÓN PARA "MICROCIRUGÍA POR ESTENOSIS LARÍNGEA O TRAQUEAL"

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.



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

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

En _____, a _____

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: