

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍA PARCIAL UTILIZANDO LÁSER DE CO₂, A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA

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

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LARINGECTOMÍA PARCIAL UTILIZANDO LÁSER DE CO₂, A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos laringectomía parcial a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación de una parte de la laringe y, a veces, de las estructuras adyacentes, que están afectadas por una lesión maligna, a través de la boca del paciente, mediante la introducción de un tubo llamado laringoscopio, la utilización de un láser CO₂, y bajo anestesia general.

En ocasiones, esta técnica requiere la realización de una traqueotomía provisional –comunicación de la tráquea con el exterior mediante un orificio que se practica en el cuello– y que se mantiene abierto mediante una cánula, facilitando así la respiración.

También se puede colocar una sonda de alimentación.

Tanto la cánula como la sonda de alimentación son provisionales, hasta que el paciente pueda respirar y alimentarse normalmente. La traqueotomía se mantendrá, si es necesario, durante el tratamiento posterior con radioterapia o si la cicatrización de la zona intervenida no hace posible su retirada.

Si se ha realizado una traqueotomía, es necesario instilar fluidificantes a través del orificio traqueal y aspirar las secreciones.

La cicatrización dura entre 10 y 20 días. No obstante, a juicio de su médico, el paciente podría abandonar el hospital mucho antes.

Posteriormente será controlado, generalmente en las consultas externas, en donde se le practicarán las revisiones y cuidados necesarios.

En algunos casos será necesario complementar el tratamiento quirúrgico con radioterapia y/o quimioterapia.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

La evolución del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, ocasionará la muerte del paciente por extensión local, regional o a distancia –lo que conocemos como metástasis–. Esta extensión provocará problemas para la deglución, asfixia, infecciones y hemorragias.

BENEFICIOS ESPERABLES

Curación de la enfermedad, con el mantenimiento de las funciones de la laringe, que permita la exéresis completa de la lesión.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍA PARCIAL UTILIZANDO LÁSER DE CO₂, A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Pueden ser la radioterapia y la quimioterapia. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Puede producirse una hemorragia que pueda requerir una nueva intervención, una transfusión e incluso pueda producir complicaciones cardiovasculares.

Puede producirse una infección de la herida quirúrgica, o del aparato respiratorio, tales como traqueítis -es decir, inflamaciones de la tráquea-, bronquitis y neumonitis.

Pueden producirse acúmulos de moco seco, lo que se denomina tapones mucosos, en la cánula de traqueotomía, si es que ésta se ha realizado, la tráquea o los bronquios, lo que podría determinar una disnea -dificultad respiratoria-.

Puede producirse un edema, es decir una inflamación, de la laringe, una estrechez de la laringe -que llamamos estenosis laríngea-, o la aparición de una sinequia -bridas cicatriciales- en la laringe. Estas circunstancias podrían determinar la aparición de una dificultad respiratoria. Dicha dificultad respiratoria requeriría la prescripción de un tratamiento médico, la realización de una traqueotomía, si es que ésta no se hubiera realizado previamente, e incluso, la imposibilidad de retirar la cánula de la traqueotomía, si es que ésta existiera.

En muchos casos puede quedar, de manera temporal o de manera definitiva, como secuela de la intervención quirúrgica, una disfonía -esto es una ronquera más o menos intensa.

Pueden, asimismo, aparecer disfagia -dificultades para tragar- y falsas rutas en la deglución -atragantamientos-, generalmente temporales, pero que pueden quedar como secuela.

Es excepcional, pero puede aparecer una pericondritis -inflamación de los cartílagos de la laringe-, o necrosis -destrucción- de las partes blandas del cuello.

Puede aparecer un enfisema cervical o mediastínico -pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax-.

Cabe la posibilidad de una recidiva -reaparición- de la enfermedad, temprana o tardíamente. El láser puede producir quemaduras en la cara y boca o, excepcionalmente, explosión de los gases respiratorios.

El láser puede producir quemaduras en la cara, boca y, excepcionalmente, quemaduras en la vía aérea tras la combustión de los tubos de intubación o la rotura de manguitos protectores.

Puede producirse, asimismo la ignición del oxígeno y gases anestésicos.

Muchos de estos procesos tienen tendencia a la reproducción por lo que se hacen necesarios controles periódicos durante los años posteriores a la intervención.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma.

En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍA PARCIAL UTILIZANDO LÁSER DE CO2, A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA

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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍA PARCIAL UTILIZANDO LÁSER DE CO2, A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA

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

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

Nombre y apellidos:

Firma: