

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Consiste en la extirpación de la laringe como tratamiento de las tumoraciones malignas en ella localizadas. Comprende la resección de la laringe, de los músculos anteriores del cuello y, a veces, de parte o todo de las estructuras adyacentes (tráquea, base de lengua, tiroides, faringe, etc.) que puedan estar afectadas por la lesión maligna. Puede acompañarse de vaciamientos ganglionares cervicales (extirpación de los ganglios del cuello). El objetivo de este procedimiento es conseguir la curación de la enfermedad.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** La operación se realiza bajo anestesia general. La cirugía se realiza por vía externa a través de la piel del cuello. Una vez extirpada la laringe que contiene la lesión, es necesario realizar una traqueotomía permanente. Además, se coloca una sonda para alimentación temporal del paciente y drenajes en zona del cuello, que se retiran en 24-48 h.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?** Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. Estos riesgos vitales son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que presente la persona.

Las complicaciones de esta cirugía incluyen:

- Hemorragia aguda, que puede requerir de transfusión.
- Infección de la herida quirúrgica, que puede precisar de tratamiento antibiótico.
- Complicaciones cardiovasculares: trombosis venosas, embolia pulmonar etc.
- Complicaciones derivadas del estrés como úlceras de estómago.
- Hematomas u otras colecciones líquidas.
- Fístulas faringocutáneas. Estas fístulas pueden ser persistente en el tiempo teniendo que realizar una gastrostomía para poder alimentar la persona.

Como consecuencia de alguna de estas complicaciones, se puede prolongar la estancia hospitalaria y ser necesario someter a la persona a reintervenciones. Alguna de estas complicaciones puede ser muy grave e incluso comprometer la vida. Como en todas enfermedades tumorales, puede producirse una recidiva (reaparición) de la enfermedad. Los efectos secundarios de esta intervención son:

- Traqueostoma permanente.
- Pérdida de voz laríngea.
- Alteraciones del olfato y del gusto.
- Cicatriz y deformidad estética del cuello.
- Obstrucción de la vía respiratoria por tapones de moco.

- 4. Consecuencias previsibles de su realización:**
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** En caso de tumores malignos de cabeza y cuello, la evolución sin tratamiento es siempre hacia la destrucción local y el fallecimiento de la persona en un plazo indeterminado, pudiendo presentar complicaciones durante su evolución, que dependen de la localización tumoral.
- 6. Alternativas:** La laringectomía total es la modalidad de tratamiento preferida por su mayor eficacia. Otras alternativas, como la radioterapia y la quimioterapia, poseen menos posibilidades de éxito. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada.
- 7. Riesgos en función de su situación:**
Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

OTORRINOLARINGOLOGÍA

LARINGUECTOMÍA TOTAL

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÉFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante*

Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*

Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*

Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*