

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TIROPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN

Nombre y Apellidos	
Edad	D.N.I.....	Número de Historia clínica.....
Diagnóstico del proceso	Fecha	
Médico informante	Nº de Colegiado	

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada TIROPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN, así como los aspectos más importantes del período post-operatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

Llamamos tiroplastia de medIALIZACIÓN a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la medIALIZACIÓN –el desplazamiento hasta la línea media– de la cuerda vocal, mediante la introducción de un implante a través de una vía de abordaje externa.

Se efectúa bajo anestesia local y una sedación anestésica –aunque puede realizarse bajo anestesia general– y consiste en realizar una pequeña ventana en el ala del llamado cartílago tiroideos –el comúnmente conocido como nuez– para introducir un implante, que desplaza la cuerda vocal hasta la línea media, en aquellos casos en los que la cuerda vocal se encuentra paralizada en una posición tal que dificulta el normal funcionamiento de la laringe, y no ha podido ser tratada mediante una adecuada reeducación de dicho órgano.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la región lateral del cuello, en el lado paralizado, a través de la que el cirujano introducirá un implante, que puede ser de diversos tipos, materiales y formas. Tras la intervención, debe suturarse la incisión dejando colocado un drenaje durante uno o varios días.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la parálisis de la cuerda vocal, tras un período de aproximadamente un año y la oportuna reeducación de este órgano, no se resolverá espontáneamente. Ello justificará la persistencia de los síntomas producidos por la parálisis de la cuerda, tales como trastornos en la fonación, atragantamientos, etc.

BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de las funciones más importantes de la laringe.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La aducción aritenoidea, técnica quirúrgica en la que el aritenoide –cartílago en el que se encuentra insertada la cuerda vocal– es desplazado hacia la línea media; la inyección intracordal, técnica en la que se inyectan diversas sustancias a nivel de la cuerda vocal paralizada a fin de engrosarla y, en consecuencia, desplazarla hacia la línea media; y la anastomosis, conjunto de técnicas quirúrgicas en las que se sutura el nervio paralizado a otro que esté activo.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una disnea –dificultad respiratoria– precoz, que puede requerir una nueva intervención o una traqueotomía –apertura de la tráquea a nivel del cuello–.

Es posible que persista la disfonía –alteraciones de la voz laríngea–, o que aparezca la infección de la herida quirúrgica, o una pericondritis –infección de los cartílagos de la laringe.

Puede aparecer un enfisema cervical –pequeñas burbujas de aire en el cuello–, o un edema laríngeo –inflamación de la laringe– que puede precisar la realización de una traqueotomía.

Cabe la posibilidad de la movilización del implante colocado –que se puede producir hasta años después de la intervención–, y una cicatriz antiestética o dolorosa.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la sedación y la analgesia. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye sedación y analgesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

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.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a 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.

Firma del tutor o familiar

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.

Firma del paciente o representante legal

Fecha: / /