

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TIROPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en mover la cuerda vocal paralizada hacia el centro de la laringe, para que pueda funcionar mejor al hablar o respirar.

Durante la cirugía, el médico hace una pequeña abertura en el cartílago tiroideos (lo que comúnmente llamamos “la nuez del cuello”) y coloca un implante que empuja la cuerda vocal hacia el centro. Esto ayuda a que las cuerdas vocales se junten mejor y la voz suene más clara.

La incisión se hace en el lado del cuello donde está la cuerda paralizada. El implante puede ser de diferentes materiales y formas, según el caso.

En algunos casos, el cirujano necesita ver cómo queda la cuerda vocal después de colocar el implante. Para eso, puede usar un endoscopio flexible, que es un tubo delgado con luz que se introduce por la nariz y permite ver el interior de la garganta.

Al terminar la operación, se cierra la herida con puntos y se deja un drenaje (un pequeño tubo) para que salga cualquier líquido acumulado. Este drenaje se retira después de unos días.

Esta operación se hace normalmente con anestesia local y sedación, aunque en algunos casos se puede usar anestesia general.

La finalidad de este procedimiento es mejorar la voz en personas que tienen una cuerda vocal paralizada y su capacidad para toser.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Disfonía (ronquera) de intensidad variable.

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:

- Pequeño sangrado tras la intervención.
- Modificación de la voz, no solo en su tonalidad, sino en la musicalidad de la misma, lo que se conoce como el “timbre”. Asimismo, la voz puede perder potencia, o acortamiento del tiempo durante el que el paciente puede hablar sin tomar aire.
- Limitación en la práctica de algunos ejercicios físicos al reducir el diámetro de acceso del aire respiratorio.
- Atragantamientos.
- Pericondritis (infección de los cartílagos de la laringe).
- Dificultad respiratoria que excepcionalmente puede requerir una nueva intervención o una traqueotomía de urgencia (apertura de la tráquea a nivel del cuello).
- Enfisema cervical o mediastínico (pequeñas burbujas de aire en el cuello o en el tórax).
- Edema laríngeo (inflamación de la laringe) que pueden precisar la realización de una traqueotomía (muy raro).

- Movilización espontánea del implante, que provocaría alteraciones de la voz. Es muy infrecuente que se produzca una expulsión del implante colocado, que requeriría intervención para retirarlo.
- Cicatrización anómala.
- 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:

- Otras técnicas quirúrgicas (anastomosis, aducción aritenoidea).
- Inyección intracordal.

AUTORIZACIÓN PARA "TIROPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN"

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: