

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CONDROPLASTIA TIROIDEA

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada CONDROPLASTIA TIROIDEA, 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 condroplastia tiroidea a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la modificación de la anatomía del cartílago tiroides, que es el que sobresale en la línea media del cuello, justificando el relieve denominado "nuez" o "bocado o manzana de Adán".

En general, se trata de una intervención de cirugía con fines estéticos, para adaptarse a las preferencias del/de la paciente, que la puede solicitar por diferentes motivos.

La intervención se puede efectuar bajo anestesia local, anestesia local y analgesia/sedación, o con anestesia general: su cirujano le aconsejará la técnica más adecuada para su caso.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la región anterior del cuello. Dicha incisión es horizontal y se practica aprovechando una zona de pliegue del cuello, o una zona poco visible del mismo.

Tras la incisión, el cirujano libera el borde superior del mencionado cartílago tiroides de sus inserciones anatómicas, para alcanzar exclusivamente su estructura cartilaginosa. Una vez expuesta la misma, se procede a disminuirla, mediante una lima quirúrgica, un bisturí ultrasónico, etc. hasta conseguir el tamaño y la forma deseados. A este respecto, la reducción del tamaño del borde superior del cartílago tiroides, no puede exceder las dimensiones adecuadas para que este cartílago lleve a cabo sus funciones fisiológicas, tales como la fonación.

En otras ocasiones, se pueden utilizar pequeños fragmentos de cartílago del propio paciente, para aumentar el relieve que el cartílago tiroides produce bajo la piel del cuello, si así se deseara.

Conseguida la modificación, el equipo quirúrgico repondrá, en su lugar anatómico, aquellas estructuras que hayan tenido que ser apartadas de la zona de la intervención, suturando las mismas.

La piel se suele aproximar con una sutura invisible. Excepcionalmente, a criterio del equipo quirúrgico, se pueden colocar un tubo de drenaje para facilitar la salida de la sangre y la cicatrización de la herida. Este drenaje, en caso de haber sido colocado, se retira en unos días. El procedimiento puede ser ambulatorio, si bien, a criterio del equipo quirúrgico, el/la paciente puede permanecer hospitalizado durante un corto periodo de tiempo.

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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CONDROPLASTIA TIROIDEA

Es normal que aparezca una inflamación de la zona, una moradura de la misma, así como las molestias lógicas, en el momento de la fonación, o la deglución. Estas molestias suelen desaparecer transcurridos unos días.

Esta intervención quirúrgica puede asociarse a otras realizadas sobre la laringe, tales como la llamada tiroplastia, que tiene el objetivo de modificar el tono de la voz del/de la paciente. En este último caso, sus especialistas le informarán más detalladamente.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

La forma del perfil del cuello del paciente no se verá modificada.

BENEFICIOS ESPERABLES

La modificación del perfil del cuello del/de la paciente persigue un resultado estético que satisfaga el deseo del paciente, por motivos distintos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En ocasiones, el aumento de volumen de la zona superior al cartílago tiroides, es decir la zona superior de la nuez, puede armonizar el perfil del cuello. Su equipo quirúrgico le aconsejará en este sentido.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

A través del cuello, discurren numerosos vasos (arterias y venas) que podrían sangrar durante la intervención o en el periodo postoperatorio. En el caso de que esta hemorragia se produzca durante el periodo posterior a la intervención, podría requerir una nueva intervención quirúrgica; excepcionalmente una transfusión y complicaciones cardiovasculares. Si la sangre se almacenara a nivel del cuello, podría producir complicaciones respiratorias.

Si bien se tiene un esmerado cuidado, como en todas las intervenciones, puede producirse una infección de la herida quirúrgica: del cartílago tiroides, del aparato respiratorio, o de las partes carnosas del cuello.

Puede producirse un edema, es decir, una inflamación de la laringe, o una estrechez de la laringe –que llamamos estenosis laríngea–. Pueden, asimismo, aparecer disfagia -dificultades para tragar- y falsas rutas en la deglución -atragantamientos-, generalmente temporales, pero que pueden quedar como secuela.

En muchos casos puede quedar, de manera temporal o de manera definitiva, como secuela de la intervención quirúrgica, un cambio en el tono de la voz o una disfonía –esto es, una ronquera más o menos intensa.

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

Puede quedar, como secuela, una cicatriz antiestética o dolorosa.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –polo negativo– colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CONDROPLASTIA TIROIDEA

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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 para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CONDROPLASTIA TIROIDEA

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo 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 equipo asistencial 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.

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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CONDROPLASTIA TIROIDEA

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/La 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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: