

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) EXTIRPACIÓN DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES (PARATIROIDECTOMÍA)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Este procedimiento consiste en quitar las glándulas paratiroides o parte de ellas.

CÓMO SE REALIZA:

Para hacer esta intervención realizaremos una incisión en el cuello para llegar a las glándulas paratiroides. A veces para poder extirparlas necesitaremos quitar también una parte de la glándula tiroidea. Si no es posible localizar las glándulas paratiroides realizaremos una segunda operación, pero esto es poco frecuente.

En ocasiones, para intentar mantener un estado hormonal adecuado, necesitaremos realizar un autotransplante glandular o conservar congelado tejido glandular para su reimplante posterior (criopreservación).

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios. Así podremos proporcionarle el tratamiento más adecuado a su caso. El procedimiento requiere anestesia local o general según el caso, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Al quitar todas las glándulas paratiroides se deja de producir su hormona y es necesario tomar medicamentos que sustituyan su efecto (tratamiento sustitutivo). Si solo se extirpa parte de las glándulas, no se suele necesitar tomar medicamentos, aunque dependerá de cada caso.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Se evitará el excesivo crecimiento de una o varias glándulas paratiroides para solucionar un trastorno hormonal y sus consecuencias, o que la enfermedad se extienda.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Es posible que la alteración hormonal o sus síntomas se pudieran controlar con tratamiento médico indefinido. Sin embargo, ni el crecimiento excesivo de la glándula ni las posibles complicaciones sobre otros órganos pueden controlarse con tratamiento médico. En su caso particular, se ha considerado que el tratamiento más adecuado es la cirugía.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
 - Calambres y hormigueos transitorios en las manos, pies o boca, debidos a una disminución temporal del calcio en sangre, que ceden con tratamiento.
 - Alteraciones transitorias de la voz.
 - Alteraciones transitorias de la deglución (molestias al tragar)
 - Sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica.
 - Cicatrices inestéticas tardías
 - Dolor prolongado en la zona de la operación.

- **LOS MÁS GRAVES:**
 - Hemorragia importante (sangrado grave) del cuello.
 - Alteraciones permanentes de la voz (ronquera)
 - Alteraciones permanentes del metabolismo del Calcio.
 - Reparación de la enfermedad.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser

desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
-------------------------	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
