

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 (*)PARA LA REALIZACIÓN DE TIROIDECTOMIA**

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:**

La tiroidectomía es una técnica quirúrgica que consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides. El tiroides está situado por delante y por debajo de los cartílagos laríngeos, y su función es producción las hormonas tiroideas .

Esta intervención sirve para tratar y/o diagnosticar enfermedades del tiroides.

La tiroidectomía puede ser parcial, la llamada hemitiroidectomía, en la que se extirpa sólo la mitad de la glándula tiroides, o puede ser total.

En caso de que la eliminación sea total, será necesaria una medicación sustitutiva de forma continuada para conservar la función que realizaba la glándula tiroides antes de la operación.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención se lleva a cabo con anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

La eliminación del tiroides se realiza a través de una incisión (corte) horizontal a unos 3 cm de la base del cuello siguiendo un pliegue cutáneo natural para conseguir que la cicatriz sea lo más estética posible.

En algunos casos es necesario extirpar los ganglios cercanos a la glándula durante la misma intervención, por lo que puede resultar obligado ampliar la incisión descrita.

En la operación es aconsejable dejar un pequeño tubo de drenaje que le será retirado en unos días, así como un vendaje compresivo.

En ocasiones, también puede ser necesario añadir algún tratamiento complementario tras la cirugía como, por ejemplo, la radioterapia o la quimioterapia.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El beneficio de esta intervención dependerá de la enfermedad que tenga la glándula tiroides:

- En el caso de aparición de un nódulo tiroideo, es decir, una lesión en el interior del tiroides de forma redondeada o de un tumor, la extirpación permite, en primer lugar, diagnosticar con precisión la naturaleza de la lesión, y en segundo lugar, la curación del proceso.
- Si se trata de un hipertiroidismo, la intervención quirúrgica permite reducir la actividad del tiroides normalizando los niveles en sangre de hormonas tiroideas, así como los síntomas del paciente.
- En el caso del llamado bocio, la extirpación mejora el aspecto externo del cuello.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Dependerá de la enfermedad del tiroides que se está abordando:

- Si tiene hipertiroidismo y no se realiza la intervención quirúrgica, hay otras alternativas médicas que será necesario tratar con el especialista.
- En el caso de los tumores malignos puede existir la alternativa de la radioterapia o de la quimioterapia. No obstante, abandonados a su evolución espontánea, producirán complicaciones graves, generalmente incompatibles con la vida.
- Si tiene nódulo tiroideo, no existe otros métodos de contrastada eficacia para su tratamiento.

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:**

- Pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la hemostasia (la capacidad de coagulación del paciente) es normal.

- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico; con él realiza incisiones o cauteriza 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 zona de piel donde tenga colocada la placa.
 - Afectación de las glándulas paratiroides, que se encuentran en íntima relación con la glándula tiroides: su lesión puede provocar disminución de las cifras de calcio en la sangre. Si esto se produce, el paciente percibiría, entre otros síntomas, calambres musculares, que se solucionan con tratamiento médico adecuado con calcio y vitamina D, de forma temporal o permanente.
 - Que pase a la sangre hormonas tiroideas de forma brusca y en cantidades elevadas, lo que produce síntomas como taquicardia, palpitaciones, sudoración y cefalea.
 - Adormecimiento y dolor de la zona de la herida operatoria
 - Pequeñas imperfecciones estéticas en la zona de la cicatriz.
 - Debido a la proximidad del nervio laríngeo (llamado recurrente) que es el responsable del movimiento de la cuerda vocal, una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención es la afectación, temporal o permanente, de dicho nervio, lo que provocaría disfonía (ronquera) o, si la afectación es de los dos nervios, provocaría una dificultad para respirar que, en algunas ocasiones, requiere una traqueotomía.
- LOS MÁS GRAVES:
 - Si se produce una hemorragia postoperatoria severa, se podría producir un hematoma sofocante (acumulación de sangre en el cuello) y sería necesaria una nueva intervención, para revisar la herida quirúrgica; en caso de compresión de la tráquea, sería necesaria la realización de una traqueotomía -apertura de un orificio de la parte anterior del cuello- de forma temporal.
 - Infección durante el período postoperatorio que incluso pudiera generalizarse (septicemia).
 - LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

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 OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

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

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.: _____