

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TIROIDECTOMÍA

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la

Dr./Dra. _____ y a su equipo quirúrgico a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.

- 2) La intervención me ha sido totalmente explicada, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha aclarado que el tiroides es una glándula bilobulada localizada en el cuello. Las hormonas tiroideas, la tiroxina y la triyodotironina, aumentan el consumo de oxígeno y estimulan la tasa de actividad metabólica, regulan el crecimiento y la maduración de los tejidos del organismo, y actúan sobre el estado de alerta físico y mental. La glándula también secreta una hormona denominada calcitonina, que disminuye los niveles de calcio y fósforo en la sangre e inhibe la reabsorción ósea de estos iones. La tiroidectomía consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides (tiroidectomía total, subtotal o hemitiroidectomía), según el tipo de patología que motiva la intervención quirúrgica. A su vez, se me ha explicado lo siguiente:

a) En la mayoría de los casos la extirpación produce una disminución de las hormonas necesitando tratamiento sustitutivo prolongado o permanente. En los casos de tiroidectomías parciales, el resultado definitivo del estudio anátomo patológico puede indicar la necesidad de extirpar el resto de la glándula. Mediante la tiroidectomía se pretende extirpar y analizar nódulos sospechosos de malignidad, evitar el crecimiento excesivo de la glándula, evitar la afectación de órganos vecinos y a distancia, y/o controlar los niveles hormonales. En el caso específico del cáncer de tiroides, dependiendo de la estirpe tumoral y del estadio de la enfermedad, se requerirá un tratamiento adyuvante con I-131 (Yodo 131) y/ o radioterapia y/ o quimioterapia.

b) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa: no graves y frecuentes: infección, sangrado, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), calambres, y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación. No frecuentes y graves: hematomas importantes del cuello (hematoma sofocante), obstrucción laríngea, alteraciones permanentes de la voz (por lesión del nervio laríngeo inferior o recurrente), alteraciones permanentes de las paratiroides con hipocalcemia secundaria, lesión del nervio simpático, recidiva de la enfermedad. Complicaciones infrecuentes pero graves: La lesión de ambos nervios recurrentes (laríngeo inferior) produce una obstrucción respiratoria por parálisis de las cuerdas vocales, que requerirá la preservación de la vía aérea mediante intubación y/ o traqueostomía, pudiendo esta última resultar permanente.

- 3) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer de las complicaciones propias de la evolución de mi enfermedad:
- a) Hipertiroidismo (bocio, aumento del tamaño de la glándula tiroides), hipertensión arterial, arritmias e insuficiencia cardíaca, crisis tirotóxica, exoftalmos (protrusión ocular), osteoporosis, pérdida de peso, esterilidad, caída del cabello, etc.
 - b) Hipotiroidismo: Constipación, depresión, fatiga, obesidad, esterilidad, disminución del sentido del gusto y olfato, ronquera, edema, engrosamiento de la piel, etc.
 - c) Cáncer de tiroides: Progresión de la enfermedad con compromiso regional (músculos pretiroideos, nervio laríngeo recurrente, tráquea, laringe y piel), metástasis ganglionar regional, y metástasis a distancia (pulmón, huesos, hígado y cerebro).
- 4) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
- 5) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
- 6) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 7) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 8) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 9) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 10) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

Firma: _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____